

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 123

LES
CRISES D'ÉPILEPSIE
SANS PERTE ABSOLUE DE CONNAISSANCE

La vie qui n'est pas consacrée à la recherche
ne vaut pas la peine d'être vécue.

PLATON.

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 16 Mars 1932

PAR

Albert-Joseph-Charles-Gérard DOTÉZAC

Né à SAINT-JEAN-DE-LUZ (Basses-Pyrénées) le 7 mars 1907.

Examineurs de la Thèse

MM. MAURIAC, professeur.....	Président.
LANDE, professeur.....	Juges.
PERRENS, agrégé.....	
RIVIÈRE, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N^o 123

LES

CRISES D'ÉPILEPSIE

SANS PERTE ABSOLUE DE CONNAISSANCE

La vie qui n'est pas consacrée à la recherche
ne vaut pas la peine d'être vécue.

PLATON.

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 16 Mars 1932

PAR

Albert-Joseph-Charles-Gérard DOTÉZAC

Né à SAINT-JEAN-DE-LUZ (Basses-Pyrénées) le 7 mars 1907.

Examineurs de la Thèse

MM. MAURIAC, professeur....	Président.
LANDE, professeur.....	Juges.
PERRENS, agrégé.....	
RIVIÈRE, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSE, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, DENIGÈS, AUCHÉ.

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique médicale..... MAURIAC.	Zoologie et parasitologie..... MANDOUILL.
id..... CASSAET.	Médecine expérimentale..... DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale..... CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique..... TEULIÈRES.
id..... BÉGOUIN.	Clinique chirur. infantile et orthopédie.. ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales... CARLES.	Clinique gynécologique..... GUYOT.
Clinique d'accouchements..... ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.. CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique. SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale..... DELAUNAY.
Anatomie..... VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique... SIGALAS.
Anatomie générale et histologie..... G. DUBREUILH.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques. BONNIN.
Physiologie..... PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques PETGES.
Hygiène..... LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires. DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie..... LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales. ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic. RÉCHOU.	Clinique d'oïo-rhino-laryngologie..... PORTMANN.
Chimie..... CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée..... LABAT.
Botanique et matière médicale..... BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.. SELIER.
Pharmacie..... DUPOUY.	Clinique dentaire..... CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie..... DUBECQ.	Chirurgie générale..... PAPIN.
id..... DUFOUR.	id..... JEANNENEY.
Physiologie..... FABRE.	id..... CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles..... R. SIGALAS.	id..... LOUBAT.
Médecine générale..... CREYX.	Obstétrique..... PERY.
id..... AUBERTIN.	id..... RIVIÈRE.
id..... DAMADE.	Ophtalmologie..... BEAUVIEUX.
id..... PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie..... JOULIA.
id..... DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie. VITTE.
Maladies mentales..... PERRENS.	

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Médecine opératoire..... PAPIN.	Puériculture..... FAUGÈRE.
Physiologie..... FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.. GOLSE.
Accouchements..... RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie..... R. SIGALAS.
Ophtalmologie..... CABANNES.	
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.	
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.	
id..... Clinique dentaire..... DELGUEL.	

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON ARRIERE-GRAND-PERE

LE DOCTEUR CHARLES DOTÉZAC.

A MON GRAND-PERE

LE DOCTEUR ALBERT DOTÉZAC

Chevalier de la Légion d'honneur

Il est pour nous un bel exemple de vie
d'honneur et de dignité médicale. Nous
lui offrons ce modeste travail en faible
témoignage de notre immense affection.

A MON PERE

LE DOCTEUR LÉON DOTÉZAC

Croix de guerre.

Pour son amour. Pour ses sacrifices.

A MON ONCLE

LE DOCTEUR EMILE DOTÉZAC

*Chevalier de la Légion d'honneur.
Conseiller général des Basses-Pyrénées.*

A MA MERE

Témoignage de ma profonde tendresse
et de ma reconnaissance infinie.

A MA FEMME — A MON FILS

Que j'unis dans le même amour.

A MA SŒUR

A LA MEMOIRE DE MON COUSIN

JEAN DOTÉZAC

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA GRAND'MERE

MADAME HENRI MÉTAYER

A MES BEAUX-PARENTS

Hommage affectueux pour tout ce
qu'ils ont fait pour moi.

A MON ONCLE

LE DOCTEUR HENRI CLAVÉ

*Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

A TOUS MES PARENTS ET A TOUS MES AMIS

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PERRENS

*Médecin-chef de la Maison de Santé de Château-Picon,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURIAC

*Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, nous tenons à adresser à nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux l'hommage de notre reconnaissance.

M. le Professeur agrégé Perrens a été notre maître et, pendant le temps trop bref passé près de lui, nous avons pu apprécier toute la valeur de son enseignement et constater aussi l'affection dont il ne cesse d'entourer ses élèves. Son accueil bienveillant lui assure toute leur reconnaissance.

C'est lui qui nous a donné l'idée de ce travail, c'est dans son service de l'Asile de Château-Picon que nous avons pris l'observation personnelle que nous publions; enfin c'est à lui que nous devons les premiers éléments de psychiatrie qui doivent parfaire l'instruction médicale. Il nous a donné un peu de son amour pour cette magnifique science.

En nous indiquant ce sujet, il s'attendait peut-être à le voir mieux traité : si nous ne pouvons répondre de l'habileté de l'élève, nous pouvons au moins l'assurer de ses meilleurs sentiments de respectueuse reconnaissance.

Nous remercions M. le Professeur Mauriac, au service duquel nous avons eu le bonheur d'être attaché pendant quelque temps, et qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous n'oublierons jamais ses instructives leçons.

LES CRISES D'ÉPILEPSIE

SANS PERTE ABSOLUE DE CONNAISSANCE

INTRODUCTION

Au moment de commencer à rédiger ce travail, nous nous demandons si notre titre « la crise d'épilepsie sans perte de connaissance » ne pourrait prêter à quelque confusion. Aussi est-il bon de nous en expliquer ici.

Il est certain que l'on trouve, dans tous les ouvrages classiques, de longues descriptions de certaines crises convulsives au cours desquelles il arrive que le sujet ne perde pas connaissance. Il s'agit là d'épilepsie partielle du type Bravais-jacksonien, susceptible d'ailleurs de provoquer chez le même malade, à partir du moment où les convulsions gagnent le cou et la face, une perte entière de la conscience.

Nous ne voudrions pas insister sur les caractères communs à l'épilepsie Bravais-jacksonienne et à l'épilepsie commune, dite encore et, peut-être bien à tort, essentielle ou idiopathique. Il semble que les frontières de ces deux formes morbides soient incertaines et précaires. Il n'en est pas moins vrai qu'en ne faisant suivre d'aucun qualificatif les deux mots « crises d'épilepsie » nous avons voulu indiquer que notre effort de

recherche porterait sur le syndrome ordinairement caractérisé par tous les signes qu'on attribue à l'épilepsie essentielle.

Cette première distinction ne nous interdira pas cependant d'accueillir parmi nos observations celles qui pourraient se rapporter à des néoplasmes cérébraux, des lésions méningo-encéphalitiques, si nous en trouvons au cours de nos lectures. Nous nous imposons seulement la règle de n'en faire mention que si leurs manifestations cliniques ressemblent à celles de l'épilepsie essentielle et si les troubles que nous avons surtout en vue s'intercalent entre de grandes crises, des absences et des vertiges que rien ne distingue des crises, des absences et des vertiges de l'épilepsie idiopathique, sinon leur origine mieux connue et parfois facilement décelable.

Ce qui nous intéresse ici, une fois ces précautions prises, c'est d'établir que le maintien de la conscience au cours d'une attaque épileptique ne doit pas nous autoriser à écarter systématiquement le diagnostic auquel font penser les symptômes relevés dans l'histoire de la maladie ou décelés par nos constatations directes.

Décrire les phénomènes tels que nous les avons trouvés chez les différents auteurs qui se sont occupés de la question ou tels qu'ils nous sont apparus à nous-même; étudier les diverses modalités de ces troubles singuliers, qui dans les crises par ailleurs classiques se substituent, si l'on peut dire, à la perte de connaissance; critiquer les données cliniques ainsi obtenues, sans trop insister sur leur importance pourtant assez grande à nos yeux, tel sera le plan de notre travail qui se développera naturellement après qu'une étude historique nous aura montré l'intérêt des travaux modernes complétant les insuffisantes descriptions anciennes.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

I. — La théorie classique de l'antiquité à Trousseau.

La maladie qui, d'après l'antique mythologie, avait atteint Hercule, le mal démoniaque, le mal Saint-Gilles, a toujours été caractérisée par des signes bien précis et toujours les mêmes; qu'il s'agisse de *morbus major* ou de *morbus lunaticus*, ce sont les mêmes descriptions sous des noms différents : les prodromes ou aura, le cri, la perte de connaissance, la chute et les mouvements toniques et cloniques avec morsure de la langue, écume sanglante sur les lèvres, émission involontaire d'urine, une période de stertor et un sommeil consécutif.

Mais on sait qu'il existe des formes atténuées de l'accès épileptique : Le sujet pâlit soudainement, demeure immobile, s'arrête dans ce qu'il faisait, cesse d'entendre et de comprendre; puis, après un temps très bref, revient à lui, reprend sa phrase et son geste interrompus, sans se souvenir de rien. C'est l'absence.

Aucune notion ne lui reste de la période de temps qu'a duré l'absence; il y a un hiatus complet dans la continuité de ses perceptions et de ses idées.

Lorsque l'ictus épileptique diffuse un peu plus son action, quand le tableau précédent se complique de troubles anesthésiques avec parfois dérochement des jambes et chute, l'absence prend le nom de vertige.

La perte de connaissance qui nous intéresse et dont nous

traiterons ici, est donc considérée comme le grand signe de l'épilepsie.

« L'épilepsie, nous dit Cœlius Aurelianus, a pris son nom de ce qu'elle s'empare également des sens et de l'intelligence », et Hippocrate, avant lui, avait attribué la maladie « à l'engorgement du cerveau par la pituite », et supposé que les efforts spasmodiques de cet organe pour repousser cette humeur morbide amenaient les mouvements et l'abolition du sentiment.

Quatorze siècles plus tard, Boërhave enseigne que l'épilepsie est une abolition subite de toutes les fonctions animales avec augmentation des mouvements vitaux et convulsifs de tous les muscles du corps.

« Tous les épileptiques, dit Sennert, ont ceci de commun qu'ils perdent absolument le sentiment et ne conservent aucune idée de ce qu'ils éprouvent. »

« L'épilepsie est une maladie convulsive, écrit Portal (*Observations sur la nature et le traitement de l'épilepsie*), avec aliénation des facultés mentales. Elle se manifeste par des accès comme les fièvres intermittentes. Les accès sont ordinairement précédés par des vertiges plus ou moins durables. Ordinairement ils viennent subitement, le malade perdant le sentiment et la connaissance, mais avec quelques convulsions plus ou moins prononcées. » Et Portal ajoute, en parlant de la perte du sentiment et de la connaissance : « Ce dernier syndrome est constant en l'accès épileptique. » En quoi il se trouve d'accord avec Tissot qui écrit dans son *Traité de l'épilepsie* (p. 16) : « Quelque violentes, généralisées que soient les convulsions, si elles ne sont pas accompagnées de perte de connaissance et de sentiment, ce n'est pas de l'épilepsie. »

Pour Christian : « Toute attaque d'épilepsie a pour caractère d'être soudaine et de déterminer l'abolition complète et instantanée de l'intelligence et de la sensibilité. » Il ajoute : « Il est un élément dont l'importance est bien plus grande, qui ne lui manque jamais, et que l'on trouve dans toute manifestation épileptique, c'est la perte de connaissance subite, com-

plète, absolue. C'est cette perte de connaissance qui est le syndrome pathognomonique. Il n'y a pas d'épilepsie, s'il n'y a pas perte de connaissance. »

Mesnet, qu'il est nécessaire de citer, nous dit dans son rapport sur le concours pour le prix Falret : « Dans l'état épileptique, l'effet immédiat de l'ictus est l'arrêt, la suspension plus ou moins complète de toute activité cérébrale, d'où résulte une sorte de stupeur momentanée, une anesthésie psycho-sensorielle. Le cerveau, centre de toutes nos activités nerveuses, dont l'action nous donne la connaissance du dehors et la connaissance de nous-mêmes, ne perçoit plus les excitations de nos sens, ne manifeste plus ses propres facultés de conscience, de jugement, de volonté, de mémoire. La notion du moi, plus particulièrement atteinte, reste suspendue, et alors même que les autres facultés se révélant plus ou moins incomplètes semblent présider aux actes accomplis par le malade, l'être inconscient n'obéit en réalité qu'à une activité purement mécanique, née de la dissociation violente que le paroxysme mental a opérée entre les centres perceptifs supérieurs annihilés et les centres secondaires ou moteurs. C'est l'automatisme, activité inconsciente, souvent brutale, qui échappe à toute activité directrice. »

De même, d'après Axenfeld et Huchard, « le caractère dominant et qui se trouve dans toutes les manifestations du mal comitial, c'est la perte de connaissance, c'est le défaut de tout souvenir ». Pendant ces accès, l'être intelligent, pensant ou sentant fait défaut, l'être physique seul subsiste et il se produit une véritable lacune dans sa vie intellectuelle ».

Gowers, dont l'avis en pareille matière fait autorité (Ducosté), dit : « La perte de connaissance est invariable dans toutes les attaques d'épilepsie. Ce n'est que dans les petits accidents, et encore rarement, que la connaissance peut en partie se conserver. Dans beaucoup de cas, la perte de connaissance survient tout à fait au début de l'accès, en même temps que les premiers symptômes convulsifs, ou avant eux de telle sorte que le malade ne s'aperçoit pas du début de

son accès; la connaissance est donc perdue avant que le malade tombe. »

Nous pourrions citer ainsi un grand nombre d'auteurs qui font de la perte de connaissance le signe primordial de la crise d'épilepsie.

Avec Trousseau nous commençons à percevoir une note sensiblement différente. Dans une de ses cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, il établit, sans leur donner beaucoup de développement, d'utiles distinctions : « Nous avons vu, Messieurs, que le plus généralement, sinon toujours, les épileptiques pendant les attaques perdaient complètement connaissance, et que cette perte de connaissance était un des caractères de la maladie. Cependant, nous avons vu aussi — et je vous en ai rapporté des exemples — que, dans quelques cas, les malades, sans rapports d'ailleurs avec le monde extérieur, proféraient certaines paroles, accomplissaient certains actes comme cela arrive dans le somnambulisme naturel. J'ajouterai que, tandis que les uns ne conservent aucun souvenir de ce qui s'est passé, d'autres ont une souvenance plus ou moins vague des idées qui les préoccupaient. »

II. — Les modifications à la théorie classique; élaboration de la théorie moderne fondée sur la clinique.

Delasiauve, dont le *Traité de l'épilepsie* est si riche en aperçus originaux, convient (p. 67), que « les malades peuvent conserver un vague souvenir des signes prodromiques qui souvent devancent le paroxysme, mais que rien de ce qui se passe au cours de la crise, autour d'eux et en eux, n'arrive à leur esprit ni à leur conscience ». Il remarque ensuite : « La perte de connaissance peut être commune aux deux états (épilepsie et syncope); mais habituellement complète dans le premier, elle est rarement portée si loin dans le second. » Et Rosenthal note : « D'autres fois les malades sont pris tout à coup de vertiges... perte de connaissance d'une manière passagère ou même incomplètement. »

« Il ne serait pas impossible, dit Bourdin, de trouver dans les auteurs, et nous en avons même une observation personnelle, des cas d'épileptiques ayant après les crises un ressouvenir vague, informe, nous le voulons bien, de l'acte exécuté sous l'influence de l'ictus. »

C'est avec Herpin, nous semble-t-il, que se précise la conception de l'épilepsie consciente. Dans son beau livre sur l'épilepsie, tout en constatant que la perte absolue des sens et de l'intelligence est un symptôme commun, il insiste sur les nombreuses exceptions à cette règle.

Ingels, après lui, dont nous donnons l'observation, nous présente un malade dont il dit : « Nulle part nous n'avons rencontré une conservation si complète de l'intelligence et de l'action des sens. Il nous entendait parfaitement, nous voyait, répondait à nos questions, aussi bien et promptement pendant qu'après l'accès. »

Foville, Ball, Joffroy citent des exemples analogues en même temps que Bannister dont nous trouvons la référence dans la thèse de Ducosté. « J'arrivai près de mon malade, rapporte Bannister, comme il était dans le stade des convulsions générales, tordant ses membres et son tronc, mais ses yeux étaient ouverts, et je voyais qu'il les portait çà et là comme s'il faisait attention à ce qui l'entourait. Mis en éveil par ce symptôme, je l'appelai fortement par son nom, et il tourna sa tête vers moi avec une expression intelligente, comme s'il comprenait. Je répétai cette expérience plusieurs fois avec les mêmes résultats. La crise dura longtemps. »

Voici un second cas rapporté par Bannister : « Les convulsions du malade étaient d'abord toniques, puis cloniques, suivies d'un tremblement et d'une rigidité généralisée, mais pendant tout le temps il était évidemment conscient et il pouvait répondre clairement aux questions, car les muscles des articulations n'étaient pas touchés. »

Citons encore dans l'ordre de leurs publications Hézard, Nancredé, Leidesdorf, Maudsly, Hugues, qui, en 1881, réunit un certain nombre de cas indiscutables dans lesquels les accès

épileptiques ne s'accompagnent pas de perte de connaissance. Pour lui, la conception de la perte invariable de la conscience dans l'accès doit disparaître. Il rapporte l'observation très curieuse d'un épileptique qui présentait des crises dans lesquelles il lui était impossible de bouger les membres, la conscience restant entière. Il fait également la remarque que, souvent, et après avoir eu des attaques de grand mal, certains sujets, améliorés par le traitement, ne présentent plus que des manifestations amoindries dont ils ont conscience et gardent le souvenir.

Hennocq donne également trois observations, et nous en citerons deux, de sujets conservant leur conscience.

Audenino rapporte trois cas dans lesquels la conservation de la conscience était entière. Dans un cas le malade pouvait causer pendant la crise; dans les deux autres cas le malade ne pouvait pas parler pendant ses crises, mais restait capable de les décrire après coup.

Witkowski décrit une variété d'accès caractérisés par la conservation de la conscience avec impossibilité absolue de faire un mouvement.

Cette même variété est résumée dans une observation de Bombarda que l'on trouvera plus loin.

De l'avis de Ducosté, tous les phénomènes épileptiques, depuis l'aura jusqu'à la grande attaque convulsive, peuvent rester conscients. Ils peuvent tous demeurer plus ou moins intacts dans le souvenir. Sans parler de l'épilepsie partielle où tous les auteurs admettent la conservation de la conscience, l'aura, sans discussion pour lui, reste consciente et mnésique dans l'immense majorité des cas, et il y a des exemples d'accès incomplets et mnésiques. Il arrive même que dans la grande attaque convulsive la conscience et la mémoire puissent subsister.

Ducosté pense donc que « le faisceau complet des signes n'est pas nécessaire, et qu'il faut aussi parfois rattacher au mal comitial un mal intellectuel à allure spéciale, en l'absence de certains caractères réputés presque constants, presque pathognomoniques de l'épilepsie ».

« Ces faits sont plus fréquents qu'on ne le croit, et si l'on n'en trouve pas davantage dans les auteurs qui ont étudié les manifestations diverses, intellectuelles ou non de l'épilepsie, il faut sans doute accuser cette idée profondément erronée chez eux, que l'épilepsie est inconsciente dans ses paroxysmes, que la perte de mémoire en est un caractère constant, et que l'inconscience, l'amnésie sont plus que des règles, que ce sont des lois, de telle sorte que toute manifestation intellectuelle, par exemple, qui sort de la norme, et qui reste consciente et mnésique, n'est pas l'épilepsie.

» Eh bien ! cela est trop absolu. La règle de l'inconscience et de l'amnésie épileptique souffre d'assez nombreuses exceptions. Il faut le dire et le prouver; cela est d'une importance capitale au point de vue médico-légal, et comme le dit Tambourini : « C'est un véritable devoir, non seulement en face de la Science, mais encore de la Justice et de la Vérité. »

Et nous en arrivons à l'étude sur l'épilepsie qu'a faite Marchand. Qu'il nous soit permis de dire combien ce maître a rendu pour nous cette conception plus nette, plus claire. C'est à lui que nous devons une grande partie de notre bibliographie; c'est à son article de la *Presse médicale* 1924 que nous nous sommes souvent reporté.

Que nous dit Marchand? Que la conscience peut être également conservée au cours de l'accident épileptique paroxystique, qu'il s'agisse de l'absence, du vertige ou de l'accès complet. Le premier, il nous montre le rôle du traitement dans la transformation des crises. Il existe d'après lui une filière par laquelle passent les crises qui deviennent conscientes souvent chez le même individu, d'inconscientes qu'elles étaient. Le bromure et le gardénal sont dans ce cas les seuls traitements qui l'intéressent. Prenons avec lui les différentes formes de crises. L'absence épileptique qu'il décrit si bien sous ses différentes formes, peut être consciente : le malade perçoit les choses ou les gens qui l'environnent, et après la crise peut raconter ce qu'on lui a dit ou ce qu'il a vu. « Une de mes malades a une absence au moment où elle lave le carrelage de

sa cuisine. Elle continue à laver le même endroit, s'en rend compte, et ne peut arrêter ou modifier les gestes automatiques qu'elle accomplit. »

Une autre malade, au cours de ses absences, lâche les objets qu'elle tient; parfois, elle conserve la conscience nette de son trouble intellectuel, tout en étant capable de parler ou d'appeler. « Un jour, elle tenait à la main un vase contenant de l'eau bouillante, quand elle fut atteinte d'une absence. Elle laissa tomber l'eau bouillante sur un de ses pieds. Elle eut conscience du relâchement de ses muscles, du danger qu'elle allait courir, sans pouvoir s'y opposer. Elle assistait à la scène « comme un étranger » selon ses propres termes. »

Marchand parle du vertige conscient chez un de ses malades, qui, saisi pendant la marche d'un de ses accès, continue à marcher et évite l'encombrement de la rue.

« Nous avons observé dernièrement un sujet atteint depuis plusieurs années d'épilepsie généralisée, dite essentielle, qui présente une série de vertiges pendant quelques jours, ces accidents se renouvelant trente à quarante fois par vingt-quatre heures. Il ne perdait connaissance qu'au cours de certains vertiges qui cependant, objectivement, présentaient les mêmes caractères que ceux au cours desquels la conscience était absolue. Pendant les cinq à six secondes que duraient ces vertiges, le malade n'éprouvait aucune douleur dans les muscles contus, aucune céphalée. Il ne manifestait pas d'obnubilation intellectuelle. »

Quant aux crises complètes, elles-mêmes, elles sont, pour Marchand comme pour nous, plus rares, et c'est normal, nous semble-t-il, puisque nous connaissons la fréquence du vertige et de l'absence par rapport à la crise paroxystique; et, de ces cas, nous nous permettrons dans la suite de rapporter les observations de Marchand *in extenso* avec nos autres observations.

Mais ce qui nous paraît intéressant, ce sont ces crises que Marchand décrit avec tant de clarté et dont notre maître M. Perrens nous a souvent parlé : le malade assiste à sa

crise, voudrait se mettre en rapports avec les êtres qui l'environnent, mais se voit dans l'impossibilité de proférer une parole.

Voici une autre forme : « Le malade tombe devant nous et paraît avoir perdu connaissance. Le facies est pâle, les paupières restent entr'ouvertes, les globes oculaires ne sont pas réversés. Les pupilles sont insensibles à la lumière; le pouls est rapide et bien frappé. La respiration est irrégulière. Pas d'émission d'urine; résolution musculaire. Pas de convulsion. La sensibilité paraît abolie. Cet état dure quelques minutes, puis le malade commence à faire quelques mouvements et peut parler. »

Et le premier, Marchand nous fait connaître ce que Claude et Baruk décriront avec de nouvelles preuves. Les transitions qui existent entre la perte de connaissance complète, l'état d'omnubilation avec automatisme plus ou moins coordonné, la subconscience, la conscience, enfin la conscience plus ou moins normale.

Dans toutes ses études Marchand nous dit avoir suivi toujours la même scrupuleuse méthode, avant d'admettre que la conscience du sujet qu'il étudiait était réellement conservée. Pour cela, il soumet le malade à certaines épreuves pendant la crise, et un interrogatoire judicieux après la crise lui permet de constater que le malade était conscient. Cela le conduit à de subtiles discussions sur le diagnostic à faire avec l'épilepsie jacksonienne et l'hystérie.

Voici un travail qui ouvre une voie intéressante et dont la lecture nous a décidé à poursuivre notre tâche en la facilitant. Les observations sont nombreuses; les faits précis, et tout cela doit contribuer à fixer dans notre esprit une notion nouvelle : la conservation de la conscience dans certaines crises d'épilepsie.

Olivier, en nous offrant avec M. Marchand une observation que nous publierons, ne fait pas lui non plus de la perte de connaissance un signe primordial de l'épilepsie. Il parle de convulsions conscientes, et ceci en 1906.

En 1907, Nageotte s'occupe de la question chez les enfants. Petit et Marchand en 1912 publient une observation sur l'épilepsie consciente et mnésique que nous reproduirons.

En 1913, Usse et Livet nous donnent une observation sur des crises anarthriques conscientes et mnésiques d'épilepsie convulsive.

En 1921, Livet de nouveau nous donne une magnifique observation de brûlures graves de la face, que nous citerons, survenues au cours d'une crise d'épilepsie consciente et mnésique.

Martimor, en décembre 1921, consacre à ce sujet un chapitre intéressant. Deux faits à son avis doivent être retenus et étudiés : la fixation primitive du souvenir et sa disparition secondaire. De ce que les souvenirs de l'absence sont primitivement conservés, il est amené à déduire que les absences de ces malades étant mnésiques, doivent avoir été conscientes. On ne peut, en effet, admettre le souvenir d'une impression non perçue. L'absence consciente n'est pas aussi illogique, dit-il, qu'il le paraît tout d'abord. Il suffit, pour la justifier, de préciser le mot conscient, ou plutôt d'indiquer le degré de conscience.

Martimor distingue deux degrés dans la conscience : un degré inférieur (conscience passive) où les impressions sont enregistrées et où manque la notion de participation personnelle et volontaire aux phénomènes psychiques, et, d'autre part, un degré supérieur où la conscience active est caractérisée par cette notion de participation personnelle et volontaire, avec l'autoconduction.

Nous nous bornerons à signaler en dernier lieu les études de Clark, de Claude et Baruk, toutes récentes, dont nous donnerons de larges extraits dans le chapitre de nos observations.

De tout ce qui précède résulte la notion que la perte de connaissance absolue fut considérée dans l'antiquité et dans les temps modernes comme pathognomonique de la crise comitiale et à ce point nécessaire qu'on n'eût pas osé faire un diagnostic d'épilepsie sans s'assurer que ce signe existait

bien. Au xix^e siècle, quelques auteurs, parmi lesquels on peut citer parmi les plus illustres Trousseau, Delasiauve, Ingels, Foville, Hugues, Lemoine, commencèrent à entrevoir la possibilité des crises comitiales vraies où fit défaut le signe capital. Mais il faut arriver aux psychiatres modernes pour que, avec Ducosté, la question soit posée, longuement étudiée, commentée. Les travaux de Marchand nous offrent un tableau si complet, si lumineux de crises atypiques, qu'il semblerait impossible d'y ajouter quoi que ce fût, si la clinique n'était susceptible de nous réserver chaque jour de nouvelles surprises.

Nous allons voir, dans le chapitre suivant, quelles variétés de formes peuvent revêtir les crises en question.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(M. le Docteur B.-C. INGELS.)

Un cas d'épilepsie remarquable par la conservation de l'intelligence et de la sensibilité pendant les accès.

R... (Léopold) entra, le 3 juillet 1855, à la Maison des aliénés. Voici les renseignements que nous trouvons inscrits sur les registres de la clinique par M. A. Vermeulen, aux soins de qui Léopold fut alors spécialement confié. Ce malade, à son entrée, avait atteint l'âge de 18 ans. Il était célibataire et sans profession. Quoiqu'il eût naturellement l'intelligence assez vive, il n'avait acquis aucune instruction, son éducation ayant été négligée par suite de son état maladif. Il était assez chétif et portait toutes les apparences extérieures du tempérament bilioso-nerveux. A l'âge de 9 ans, le patient avait été atteint d'une maladie à forme fébrile, qu'il qualifiait de fièvre cérébrale, et à la suite de laquelle il était resté paralysé du côté gauche : il traînait encore la jambe gauche et ne pouvait faire aucun mouvement de la main de ce côté. Il avait eu, à de longs intervalles, des accès convulsifs pendant lesquels il ne tombait pas. Depuis quatre semaines, ces accès étaient devenus plus fréquents, au point de se répéter plusieurs fois par jour. Il fut inscrit comme atteint d'épilepsie et rangé parmi les incurables.

4 juillet 1855 : On observe que le malade a, environ toutes les dix minutes, des accès convulsifs, qui ne durent que quelques secondes; qu'au début de ces accès il commence toujours par pousser un petit cri. Les convulsions sont plus marquées du côté droit,

lequel reste plus raide que l'autre après chaque attaque. Si le malade est en train de manger au moment où l'accès arrive, il s'arrête un instant et continue bientôt après la mastication. *Il ne perd pas entièrement connaissance et conserve la sensibilité.* Il prend de l'extrait de belladone, préparé d'après la formule du P. de Breyne, en commençant par une pilule d'un demi-grain.

6 juillet : Pas de changement. Deux pilules.

8 juillet : Les accès sont moins fréquents. Trois pilules.

12 juillet : Les accès diminuent, le pouls est moins fréquent, un peu de malaise. Quatre pilules.

13 juillet : Les convulsions n'ont reparu que quatre ou cinq fois, chaque fois pendant trois à quatre secondes. Mais le malade est plus agité; il crie, accuse un mal de gorge; il n'a pas les pupilles dilatées. Deux pilules.

15 juillet : Bien; les accès n'ont plus reparu. Trois pilules.

7 août : N'a pas encore eu d'accès. Se fortifie.

Ajoutons à ces renseignements que le mal reconnaît chez Léopold une cause héréditaire. En effet, son oncle paternel est venu mourir chez nous dans le courant de l'année 1858. Ce malheureux, qui a séjourné environ un an dans notre établissement, a succombé à une pneumonie double, survenue dans une folie sitiophobique. Il avait été atteint dans son enfance de convulsions épileptiques, qui semblaient avoir disparu spontanément sans l'intervention d'un traitement médical.

Quand, en 1856, je fus chargé des fonctions de médecin adjoint dans la Maison des aliénés, je trouvai Léopold dans un état assez satisfaisant. Les convulsions, qui étaient devenues semblables à celles que l'on observe dans une épilepsie bien caractérisée, étaient accompagnées d'insensibilité et de perte complète de l'intelligence. Elles débutaient ordinairement par un cri initial très prononcé, revenaient le plus souvent la nuit et se succédaient d'une manière très irrégulière, tardant quelquefois des semaines à venir et se montrant d'autres fois presque tous les jours pendant toute une semaine.

Les fonctions intellectuelles n'étaient nullement troublées ni affaiblies dans l'intervalle des accès; elles étaient seulement un peu obscurcies immédiatement après chaque attaque. Le côté gauche

est encore dans un état de paralysie incomplète. Le membre inférieur est moins gravement atteint que le supérieur; ainsi que celui-ci, il est dans un état d'atrophie remarquable relativement à son congénère; de là, claudication assez prononcée.

La circulation, la respiration et la digestion s'accomplissent régulièrement. Le malade arriva dans cet état jusqu'au 15 juillet 1858. Pendant le jour et la nuit qui précédèrent cette date, Léopold avait des vertiges et des attaques incomplètes d'épilepsie. Dès le matin du 15, au déjeuner, il refusa toute nourriture. Il en fut de même au dîner. La langue était pâle et enduite d'un mucus blanchâtre, comme on en observe assez souvent après une diète un peu prolongée. On lui administra un purgatif salin. Dans l'après-dîner, le malade se montra très agité; il criait, priait, se disait Jésus-Christ, prétendait ne pas pouvoir manger parce que sa langue était sanctifiée, la sainte hostie ayant reposé sur elle, etc. Il y eut six à huit selles liquides pendant la journée.

Le lendemain, cet état de manie délirante persista et ne se termina que le surlendemain par une attaque d'épilepsie très violente. Immédiatement après, Léopold rentra dans la position dans laquelle il se trouvait avant cet accident. Cet état de calme fut, depuis, encore interrompu deux fois par une surexcitation extrême, accompagnée d'un délire dont l'objet changea chaque fois et se termina chaque fois par des accès franchement accusés. Ces derniers faits eurent lieu aux mois de mars et août 1859.

Mais ce fut au mois de novembre dernier qu'éclatèrent chez ce malade les symptômes singuliers sur lesquels nous désirons appeler un instant votre attention, symptômes que, du reste, il présentait déjà, mais d'une manière moins nette, lors de son entrée dans la Maison des aliénés.

Le 14 novembre 1859, Léopold fut amené à l'infirmerie. Il accusait, dans le bras gauche, une douleur vive, qui ne lui permettait pas de laisser pendre ce membre, le forçait à le soutenir de l'autre main. Ce bras était pris de temps en temps de mouvements convulsifs qui s'étendaient presque en même temps aux muscles du côté gauche de la face. Aucun dérangement intellectuel n'accompagnait cet état. Le malade fut mis en observation à l'infirmerie.

Le lendemain, le mal avait pris plus d'extension. A peine les convulsions se sont déclarées à la main gauche qu'elles s'étendent à la face, à la jambe, au tronc du même côté, ainsi qu'au larynx. A ce moment, le malade fait entendre un son plaintif, une espèce de vagissement, et se trouve dans un état de roideur générale, comme tétanique. Puis les convulsions recommencent, la face, qui était pâle, devient vultueuse; la respiration stertoreuse; une écume spumeuse se forme à la bouche. Tous ces phénomènes restent limités à un côté du corps, car le côté droit n'éprouve guère qu'une espèce de tension sans convulsions cloniques.

Mais voici ce qui nous a semblé le plus remarquable dans ces accès : pendant toute cette scène orageuse, le malade conservait sa présence d'esprit et sa sensibilité. Il indiquait lui-même le commencement de chaque attaque, en accusant une vive douleur dans le bras gauche. Il suivait parfaitement la progression du mal; quand celui-ci s'étendait à la poitrine et au larynx, Léopold se plaignait d'une gêne extrême dans la respiration : « j'étouffe », disait-il. Puis, quand venait la terminaison de l'accès avec son stertor, il éprouvait une céphalalgie insupportable. Ces attaques se succédaient à intervalles très rapprochés (cinq à dix minutes) et semblaient plus fréquentes lorsqu'on touchait le malade ou qu'on le faisait changer de position. Pendant leur durée, qui était de deux à trois minutes, Léopold sentait parfaitement quand on le pinçait en un endroit quelconque du corps, du moins du côté droit; car, par un oubli tout à fait accidentel, nous ne nous rappelons pas d'avoir jamais exploré la sensibilité du côté gauche, où se limitaient les mouvements cloniques. Ce côté ne paraît cependant pas avoir perdu la sensibilité, vu la douleur que le malade accuse dans le bras.

Comme le mal débutait chaque fois par cette douleur dans le bras, nous essayâmes, mais vainement, de l'enrayer en établissant une ligature entre le point d'origine de la douleur et les centres nerveux; la striction n'était pas encore établie que déjà les muscles de la face étaient convulsés. Peut-être eût-on pu tenter avec succès une constriction prolongée avec le tourniquet sur le paquet des nerfs brachiaux, mais cette idée ne nous vint pas alors.

Des sinapismes furent appliqués aux mollets, un vésicatoire à la

nûque; comme il y avait retard des selles, on administra un purgatif salin.

16 novembre : Même état. On entretient le vésicatoire. On administre l'extrait de belladone de De Breyne à la dose de un demi-grain et en augmentant chaque jour de la même quantité.

22 novembre : Les attaques se répètent à chaque instant. L'intelligence commence à s'obscurcir. Il est difficile d'administrer quelque chose au malade; il faut guetter l'intervalle des accès pour lui introduire les aliments dans la bouche.

26 novembre : Délire complet. Léopold se dit guéri, veut aller chez lui pour travailler. Excitation sexuelle; le malade se livrerait à la masturbation, si on ne le surveillait. Il veut se lever; quand il est sorti du lit, il parvient à faire quelques pas, malgré les convulsions qui s'étendent à la jambe gauche; seulement il trébuche très souvent. Le vésicatoire, se pansant avec une extrême difficulté et faisant souffrir inutilement le malade, n'est plus entretenu en suppuration. Déjà, depuis le 23, l'extrait de belladone n'a plus pu être administré à cause de l'indocilité du malade. Comme les selles sont très lentes et très dures, on administre de jour à autre un lavement évacuant.

27 novembre : Le même état persiste.

3 décembre : Les accès diminuent notablement de fréquence. Léopold délire toujours, il est très loquace, mais il tourne toujours dans le même cercle d'idées; il est guéri, il va retourner chez sa mère, qui l'aime bien, qui sera bien contente de voir revenir son fils; qu'il travaillera pour elle, etc. Dans l'intervalle des accès, il mange de très bon appétit.

10 décembre : Léopold peut se lever et marcher; les mouvements convulsifs ne se montrant plus qu'à de longs intervalles dans la face et dans le bras. L'intelligence est revenue, mais fonctionne difficilement; Léopold, borné encore à un petit nombre d'idées, répète plusieurs fois de suite les mêmes phrases.

15 décembre : Léopold est revenu à son état habituel, et le 20 il quitte l'infirmerie. Pendant toute cette période, les fonctions respiratoires n'ont présenté aucun trouble, sans ceux qu'on observait dans la période convulsive des accès, pendant laquelle il y avait

menace de suffocation. Pendant cette même période des attaques, le pouls devenait fréquent et filiforme; en dehors de cela, il a conservé son rythme normal; naturellement, quand Léopold, dans la vivacité de son délire, se livrait à quelques mouvements violents, le pouls s'accélérait.

Si nous avons relaté cette observation, ce n'est certes pas à cause du traitement institué. Car, à part quelques grains d'extrait de belladone, un vésicatoire, qui n'a rien produit, et quelques lavements évacuants, la disparition de tous ces phénomènes extraordinaires est due tout entière aux efforts de la nature. A-t-on eu tort de se borner à une médication expectante? L'heureuse issue de la chose semble prouver le contraire. D'ailleurs, mettons de côté que toute médication interne devenait difficile, sinon impossible, à cause des convulsions fréquentes et de l'indocilité du malade, n'était-on pas en droit de se demander quel motif ferait pencher plutôt pour tel moyen thérapeutique que pour tel autre? La nature même du mal semblait, du reste, permettre cette abstention; car, par le fait, jusqu'à présent l'épilepsie a presque constamment résisté aux médications les mieux combinées. Peut-être objectera-t-on, vu la persistance de l'intelligence et de la sensibilité pendant les convulsions : il n'est pas tout à fait certain qu'il s'agissait d'un cas d'épilepsie. Il me semble pourtant que les attaques épileptiques complètes auxquelles se rattachent ces accès irréguliers, que la forme même de ces derniers, suffisent pour lever tout doute à cet égard.

D'ailleurs, des faits analogues ne manquent pas dans la science. M. Herpin, dans son beau livre sur l'épilepsie, tout en constatant que la perte absolue des sens et de l'intelligence est un symptôme qu'on rencontre chez la grande majorité des malades, signale cependant de nombreuses exceptions à cette règle dans les observations 9, 10, 16, 19, 23, 28, 29, 30, 32, 33, 36, 37, 38. Nulle part, cependant, nous n'avons rencontré une conservation si complète de l'intelligence et de l'action des sens que chez notre malade. Il nous entendait parfaitement, nous voyait, répondait à nos questions aussi bien et promptement pendant qu'après les accès. Même pendant que les convulsions agitaient le larynx et les

organes buccaux, le malade pouvait nous exprimer sa pensée; seulement, il ne pouvait énoncer que très incomplètement ses paroles à cause des contractions spasmodiques. Ce n'est qu'après que le mal avait duré au moins huit jours que les facultés intellectuelles furent atteintes; encore ne l'étaient-elles pas plus pendant les accès que durant leurs intervalles. Cela tenait-il peut-être à ce que la maladie, qui se traduisait à l'extérieur par des symptômes presque entièrement limités à une moitié du corps, n'attaquait également qu'une moitié des centres cérébro-spinaux. C'est là une hypothèse, dont nous ne chercherons pas à démontrer la réalité, parce que les données pratiques nous manquent. Ce qui semble cependant militer en faveur de cette opinion, c'est que l'atrophie et la paralysie incomplète du côté gauche du corps permettent de croire qu'un obstacle organique siège dans la moitié de l'axe nerveux central, qui sert à l'innervation et par suite à la nutrition de ce côté du corps. Peut-être l'autopsie pourrait-elle jeter quelque lumière sur cette question; mais malheureusement notre malade, revenu à son état habituel, jouit encore de toute la plénitude de la vie.

26 décembre 1859 (1).

OBSERVATION II.

(Communiquée par M. LEMOINE.)

B... (Louise), 39 ans, célibataire, internée à l'Asile de Bailleul.

Antécédents héréditaires. — Il n'existe pas d'épileptique dans la famille de cette femme, mais sa mère a été sujette, pendant toute la durée de sa vie, à des migraines répétées. Son père était un alcoolique; il mourut à 45 ans, d'une pneumonie. Elle a un frère et une sœur, en bonne santé, dit-elle.

Antécédents personnels. — Elle n'a pas eu de convulsions pendant sa première enfance. Elle eut seulement des maladies infantiles banales : rougeole, coqueluche, sans gravité. Elle eut sa première crise d'épilepsie à l'âge de 8 ans; elle l'attribue à une vive

(1) Postérieurement à cette date, Léopold a eu à diverses reprises des accès d'épilepsie qui ne présentaient rien de spécial.

émotion qu'elle éprouva en voyant un incendie, mais il est bon de remarquer que cette crise n'arriva que trois mois plus tard. Depuis lors, les crises se répétèrent fréquemment, puis subirent une diminution de fréquence vers l'âge de la puberté, pour reparaître ensuite comme auparavant. Elle n'a pas eu de maladies graves depuis qu'elle est épileptique. Sa vie se passa chez ses parents, qui étaient cultivateurs, à s'occuper aux travaux de la campagne.

Etat actuel. — En 1888, époque à laquelle il me fut donné de l'observer, cette malade se présentait dans l'état suivant :

Etat physique. — Elle est grande, forte, bien conformée, elle n'a pas d'asymétrie faciale, mais sa voûte palatine est creusée en forme de carène. Les dents sont implantées un peu irrégulièrement. Ce sont, d'ailleurs, les seuls stigmates de dégénérescence qu'elle présente.

L'examen des divers organes ne montre rien d'anormal; sa santé physique est, du reste, parfaite.

Etat mental. — Le développement intellectuel de cette femme a certainement subi un arrêt pendant sa jeunesse, et cela très probablement au moment de l'apparition des crises épileptiques. Elle a appris à lire et à écrire, mais elle a oublié en partie ce qu'elle savait. Dans sa conversation, elle montre que ses idées sont restreintes et son intelligence très bornée. Son caractère est à la fois doux et violent; elle se met souvent en colère.

Marche de la maladie. — Les crises épileptiques de cette malade sont relativement fréquentes, huit à dix par mois; elle a, en outre, de temps en temps, des absences et des vertiges.

Le hasard me fit assister à une de ces crises : un matin, en faisant la visite, je lui demandai de ses nouvelles, et je causai avec elle, elle répondait correctement, sans paraître éprouver aucun malaise précurseur d'une crise. Elle se tenait droite, appuyée contre le mur. Tout à coup, je la vis pâlir, en même temps que son corps se raidissait et s'appuyait avec force contre le mur, comme pour éviter une chute. Elle n'en continua pas moins la phrase qu'elle avait commencée, mais en manifestant une grande gêne de la parole, due évidemment au spasme qui resserrait ses mâchoires.

Ce spasme tonique, qui contractura nettement le tronc et les membres et qui ne dut qu'au voisinage du mur de ne pas provoquer une chute, fut suivi, comme dans une crise classique, de la phase de convulsions cloniques. Voyant que, pendant tout ce temps, elle conservait sa connaissance entière, je lui posai quelques questions auxquelles elle répondit les dents serrées, mais d'une façon distincte.

« Où avez-vous mal? — A la tête. — Souffrez-vous beaucoup? — Oh! oui, beaucoup. — Nous voyez-vous bien? — Oui. — Combien sommes-nous devant vous? — Vous êtes trois. » La période clonique fut forte; les convulsions secouaient fortement les membres, et nous dûmes la soutenir pour l'empêcher de tomber. Quelques spasmes agitèrent également les muscles de la face, particulièrement ceux des lèvres. La crise fut bien complète et les secousses ne parurent pas prédominer d'un côté plus que de l'autre. Il n'y eut pas de cri initial, pas d'écume à la bouche, ni de morsure de la langue; mais, pendant toute la durée de la crise, la respiration fut très gênée, un peu moins cependant qu'elle ne l'est en pareil cas. A la pâleur de la face, succéda de la cyanose qui disparut peu à peu à mesure que la respiration se rétablissait. Dès que les convulsions eurent cessé, la malade tomba dans un état d'abattement profond, elle demandait qu'on la laissât tranquille, qu'on ne lui parlât pas, disant qu'elle voulait dormir, mais il n'y eut pas chez elle de période stertoreuse.

Le lendemain, voulant savoir si elle avait gardé le souvenir de sa crise, et de ce qui s'était passé pendant qu'elle l'avait, je l'interrogeai à cet égard. Elle m'en rappela tous les détails, sans rien omettre, montrant ainsi qu'il n'y avait eu, chez elle, ni perte de la conscience pendant l'accès, ni amnésie consécutive.

Cette malade fut mise en observation, et je recommandai particulièrement aux sœurs qui vivaient avec elle de l'observer de près, et de me renseigner sur la façon dont ses crises évoluaient comme celle qui vient d'être décrite. Depuis longtemps, du reste, les personnes qui l'entouraient avaient remarqué la singularité de ces accès.

Ce n'était que de temps en temps qu'elle présentait des crises classiques avec perte de connaissance.

Jamais ces crises ne sont précédées d'aura; elles surviennent brusquement et provoquent la chute tout comme les autres, à moins que la malade ne soit assise ou appuyée. Mais elle présente, de temps en temps, en dehors des crises, des absences d'une durée insignifiante pendant lesquelles la perte de connaissance est complète et qui sont suivies d'amnésie.

Il importait de savoir si chez cette malade il n'y avait pas d'hystérie associée à l'épilepsie. La recherche des stigmates hystériques fut faite avec le plus grand soin et resta complètement négative. La sensibilité était intacte sur tout le corps, et il n'existait ni zone d'hyperesthésie, ni plaque d'anesthésie; pas de douleur ovarienne, pas d'abolition des réflexes pharyngés et cornéens, etc., jamais non plus elle ne présenta de crise rappelant celle de l'hystérie.

Ayant eu l'occasion, deux mois plus tard, d'assister à une nouvelle crise que j'avais réussi à provoquer en la fatiguant par un examen prolongé et des questions répétées, je constatai le même appareil symptomatique que la première fois.

Je fis, pendant la crise, un examen rapide de la sensibilité cutanée et je m'assurai qu'elle était conservée quoique diminuée. La malade me disait : « Vous me faites mal », quand j'enfonçais trop l'épingle.

OBSERVATION III.

(LEMOINE.)

Il s'agit d'un homme de 26 ans, qui est épileptique depuis l'âge de 15 ans, que je vis en consultation avec un de mes confrères de la région. C'est un garçon vigoureux, bien constitué, ne portant aucun stigmate physique ni de dégénérescence, ni d'hystérie. Son hérédité est intacte, le père et la mère sont cultivateurs et bien portants, et ne présentent aucune tare nerveuse. Les premières crises d'épilepsie se montrèrent de 15 à 18 ans; elles furent très espacées : une ou deux par an seulement. Leur cause première reste très obscure; peut-être faut-il accuser une chute sur la tête, dont

le malade se rappelle assez vaguement. Les parents ne peuvent fournir aucun renseignement précis sur la façon dont se comportaient ces crises, au point de vue spécial qui nous occupe.

Les crises d'épilepsie disparurent vers l'âge de 17 ans, et le jeune homme, déclaré propre au service militaire, resta trois ans sous les drapeaux, sans présenter rien d'anormal. Ce n'est qu'un an après son retour à la campagne, qu'il eut, de nouveau, des crises. Ce garçon, qui est fort intelligent, raconte d'une façon très nette comment évolua l'une d'entre elles. Il était, dit-il, occupé à conduire une charrue, quand il se sentit devenir raide et tomba de tout son long, sans pouvoir résister. Il dit qu'il se débattit dans des convulsions qui lui secouaient le corps et les membres pendant quelques instants; puis qu'il se releva tout brisé et anéanti. Interrogé sur les sensations qu'il avait pu éprouver pendant la crise, il raconte qu'il n'a ressenti qu'un malaise indéfinissable. Malgré la précision avec laquelle il raconte ce qui s'est passé alors, le dire du malade n'est pas suffisant pour établir la réalité de la conservation de la conscience pendant la crise.

Mais une autre crise fut observée par celui de nos confrères qui le soignait, et la description qu'il en donne est à peu près analogue à celle de notre malade de l'observation II. Ce jeune homme, étant assis, devint brusquement pâle et raide, puis eut le corps et la face agités par des convulsions cloniques. Pendant la crise, il ne perdit pas connaissance et continua à parler et à répondre aux questions qui lui étaient faites. La crise passée, il en conserva un souvenir complet.

L'examen que je fis de ce malade et l'interrogatoire que je lui posai eurent pour résultat de préciser d'une façon complète les renseignements qui m'étaient donnés sur lui, et d'établir qu'il n'y avait chez lui aucun signe d'hystérie. Il ne peut se rappeler si les crises qu'il a eues pendant son adolescence étaient semblables entre elles et ne s'accompagnaient jamais de perte de connaissance.

Dans ses chutes, il lui est arrivé de se donner des coups assez violents, et il se fit une fois une morsure à la langue.

Ces crises ne sont jamais précédées d'aura : on ne constate aucune lésion organique, ni aucun trouble fonctionnel pouvant indiquer qu'on a affaire à une épilepsie symptomatique.

OBSERVATION IV.

(LEMOINE.)

X..., âgé de 21 ans, entré à l'Asile d'Armentières en 1885. Ce malade a présenté des convulsions pendant sa première enfance; elles furent probablement dues à un travail inflammatoire sur les méninges qui laissa, à sa suite, un peu d'hydrocéphalie. Ses antécédents héréditaires nous sont tout à fait inconnus.

Quant à lui, on sait que ses premiers accès d'épilepsie débutèrent vers l'âge de 4 ans, ou du moins que c'est à cette époque que sa famille les constata. C'est un demi-idiot. Il n'a pu apprendre à lire, ni à écrire, il parle avec une certaine difficulté, et son intelligence est assez obtuse. Ses crises d'épilepsie sont fréquentes, trois ou quatre par semaine en moyenne. J'ai pu assister à plusieurs d'entre elles. Voici, généralement, comment elles se passent :

Le malade ressent une sorte de douleur au creux de l'estomac, il se plie en deux, et presque aussitôt tombe en criant : « J'ai mal, j'ai mal. »

Une fois à terre, un spasme tonique très court se produit. Les convulsions cloniques, au contraire, durent longtemps. Pendant toute la première partie de la crise, il conserve sa connaissance et continue à bredouiller les mots « *j'ai mal* ». Ce qui prouve bien la conservation de la conscience, c'est que, lui ayant demandé une fois où il avait mal, il me répondit : au ventre. Ce n'est que lorsque les convulsions deviennent plus fortes et que le visage se cyanose, que la connaissance disparaît, et que la crise prend le type normal.

Les convulsions terminées, il tombe dans une période de stertor, puis de sommeil qui se prolonge au moins pendant une heure.

Ici la conservation de l'intelligence ne dure que pendant une partie de la crise et l'on n'a jamais observé, chez lui, de crise évoluant tout entière, avec conscience. Cette observation ressemble donc à celle où l'on voit de l'épilepsie partielle se généraliser

peu à peu, où la conscience est conservée tant que les convulsions sont limitées, pour disparaître quand elles se généralisent. Mais ce qui établit une différence, c'est que, chez ce malade, l'épilepsie est d'emblée généralisée, sans prédominance hémiplegique, et qu'elle atteint les muscles de la face, quoique très faiblement au début. Ce cas rentre donc dans la même catégorie que les précédents, mais il constitue un type atténué, intermédiaire entre ceux de l'épilepsie ordinaire et ceux de l'épilepsie avec conscience.

OBSERVATION V.

(Pierre CLARK, *Conscious Epilepsy*.)

B... (L.), âgée de 17 ans. Hérédité épileptique et névropathique. Le sujet était robuste et apparemment normal jusqu'au moment de l'apparition de l'épilepsie, à l'âge de 13 ans. Ses attaques partielles idiopathiques se développaient dans le bras droit, partant du muscle biceps. La partie de son corps marquée sur le cliché joue le rôle de zone épileptogène. Toute excitation, même légère, de cette zone déclenchait une attaque toutes les fois que les centres étaient prêts pour la crise. On pouvait pendant un certain temps éviter les attaques, à condition de tenir le bras en repos et de ne lui faire subir aucune excitation. Ces attaques partielles étaient invariablement suivies d'une paralysie transitoire d'épuisement, à la fois sensorielle et motrice.

Pendant le jour, on pouvait en partie empêcher les crises, mais elles se reproduisaient vingt ou trente fois en une seule nuit. Etant donné que la malade n'avait pas les stigmates mentaux de l'épilepsie, qu'elle n'avait jamais perdu conscience au cours des attaques et que le bromure augmentait la fréquence des attaques, on pensa que celles-ci étaient de nature hystérique, avec zone hystérogène. Il en était ainsi depuis environ deux ans, quand j'assistai pour la première fois aux crises. Ces attaques, qui s'étaient généralisées, seront décrites ci-dessous. J'en ai vu plusieurs centaines, j'en choisis une, absolument typique.

La malade se réveille alors qu'elle repose calmement, profon-

dément assoupie, par un spasme tonique ou crampe du biceps droit. Le spasme s'étend rapidement en quelques secondes, d'après l'ordre de marche suivant : bras droit, jambe droite, bras gauche, jambe gauche et face. Le spasme consiste alors en une lente contorsion giratoire, jetant la malade hors de son lit, les yeux grand ouverts et brillants. L'attaque se termine sur quelques violents spasmes choréïques. Durant cette dernière partie de la crise, la malade est capable de se protéger les bras et les mains en s'agrippant au lit. La malade peut alors rapporter en détail tout ce qui s'est passé durant l'attaque. Dans plusieurs de ces attaques, la malade était capable de répondre à des questions simples, de donner des instructions sur ce qu'il fallait faire pour la maintenir et la protéger en la recouvrant, et cela même pendant les crises d'apparence les plus dramatiques. La respiration est difficile et la conversation forcément entrecoupée. Ces crises ne sont pas douloureuses, au contraire de ce qu'on observe dans l'observation III.

Dans environ un dixième des cas, la malade se trouve dans un état complet d'inconscience au cours des attaques et ensuite ne se rappelle absolument rien.

Voici suivant quel type se font les attaques inconscientes. La malade, comme auparavant, est réveillée, alors qu'elle dort profondément, par une contraction du biceps. Les épaules s'élèvent et la tête est projetée en avant et en bas sur la poitrine, puis les épaules s'abaissent, et les bras s'éloignent du corps. Les poignets se fléchissent vers l'axe du corps, les doigts prenant la position de la main en griffes, et cela pendant toute la période tonique, d'une durée de cinq à six secondes. Les pupilles se dilatent et ne réagissent pas à la lumière, comme il est ordinaire. Et jusqu'à ce moment, comme c'est aussi l'habitude, la conscience est conservée. C'est à ce moment aussi qu'éclate, avec plus de violence que d'ordinaire, la période des contractions cloniques. La main gauche, une fois, s'arracha de sa prise aux montants du lit et alla brutalement frapper l'air. Les pieds se croisent en varus équin, la face se cyanose, la malade dit : « Inutile, inutile (no use, no use) », et immédiatement perd toute conscience. Les yeux

se convulsent en haut et en dedans, il y a émission des urines, et puis c'est l'écume qui vient à la bouche pendant la période de stertor.

Pour ceux qui croient que la perte de la conscience est nécessaire, l'authenticité épileptique de l'attaque qui vient d'être décrite sera pleinement convaincante. Dépeintes comme elles le sont ici, je suis sûr que pas un n'oserait désigner les attaques décrites en premier comme de l'épilepsie mineure. Il est vrai que ces dernières attaques étaient un peu moins sévères en général que celles qui s'accompagnaient de perte de la conscience, mais cette plus grande bénignité n'est toujours de règle en aucune façon.

Ce cas est aussi parmi ceux, très peu nombreux, illustrant le fait de l'existence d'une « zone épileptogène ».

OBSERVATION VI.

(CLARK, *Conscious Epilepsy*.)

Il s'agit là d'un jeune homme de 18 ans, qui souffre d'attaques de grand mal idiopathique, depuis l'enfance.

Il souffre d'un état mental anormal, et c'est un faible d'esprit. Pendant de longues périodes, il s'est trouvé dans un état de grand épuisement postépileptique. Les attaques, comme on peut le vérifier sur les photographies qui accompagnent cette étude, sont généralisées et présentent tous les caractères de la grande crise de grand mal. L'ordre de succession des phénomènes se faisait suivant un rythme tellement rapide qu'il défiait l'analyse. Il semblait cependant avoir pour point de départ la main droite et les muscles de sa face.

Dans l'attaque reproduite ici, parmi la trentaine de celles qui se succédaient au long de la journée, le malade se montra capable de répondre à des questions très simples et put me dire qu'il souffrait surtout dans sa main droite, qu'il avait mal à la tête

et qu'il lui semblait que son cou allait se rompre. Son élocution était indistincte et les deux côtés de sa figure contractés par un spasme rigide. Il y avait morsure de la langue et émission des urines.

OBSERVATION VII.

(CLARK.)

Cette observation est celle d'un jeune homme de 24 ans, à hérédité épileptique et névrotique. Son épilepsie avait les caractères du grand mal et avait débuté à 12 ans.

Les attaques se maintinrent atténuées pendant un an, puis cessèrent presque entièrement pendant trois ans. A 16 ans, l'épilepsie reparut et continua à se reproduire trois ou quatre fois par an jusqu'à l'âge de 23 ans.

A cette époque, à sa grande épilepsie, classique sous tous les rapports, s'ajoutèrent des attaques de grand mal à point de départ local et suivant une progression régulière, muscle après muscle, s'étendant à tout le corps. La conscience restait intacte pendant toute la durée des crises et le malade gardait intact le souvenir de tous les horribles détails des crises.

Les attaques avaient tendance à se grouper en séries et en périodes d'état de mal. Le patient eut des périodes d'état de trois cents attaques par jour en plusieurs occasions. Le caractère de grand mal des attaques peut être prouvé par la description pathétique que le malade a donnée dans une lettre récente. Je la rapporterai sans en rien omettre, en tant que document d'intérêt humain plus qu'ordinaire.

« CHER DOCTEUR,

» Je vais essayer de décrire mes sentiments durant l'attaque d'épilepsie.

» D'abord je ressens comme un choc violent depuis la nuque jusqu'au sommet de la tête, puis c'est, soit une sensation de démangeaison dans la gorge ou un sentiment de plénitude, ou

bien comme si j'avais un tourbillon d'eau dans la gorge et qu'il s'échappât brusquement. Quelques secondes après, j'ai la tête qui me tourne, le côté droit de ma figure se tord et s'élève, et quand je sens ceci, je sais que je vais avoir une attaque.

» Ma main droite se raidit, le bras se tord, et alors ma jambe droite devient raide, puis c'est mon bras gauche et ma jambe gauche et enfin mon corps tout entier devient enraidit et rigide. Ma tête ensuite se tourne du côté droit, se secouant et se tordant sans cesse. Je crie et grogne tant est grande la douleur des épaules produite par la torsion de la tête. En même temps que la tête se tourne, le bras droit tout entier se relève, vient la frapper et s'enrouler autour d'elle. Cette douleur de broiement, de torsion, est abominable. Quand cette agonie douloureuse est à son maximum, l'enraidissement de tout mon corps s'amointrit, et mes membres sont projetés, lancés çà et là, se heurtant aux obstacles.

» Quelquefois, quand le spasme abandonne d'abord le bras gauche, je peux étendre celui-ci, attraper le bras droit et la tête et la protéger de plus d'une bourrade.

» En gros, j'ai le sentiment d'être soumis aux décharges continues d'un puissant courant électrique partant de la tête et se répandant violemment dans les membres. Le broiement, la torsion de mes os et de mes jointures sont trop horribles et angoissants pour pouvoir être décrits. J'ai quelquefois désiré que mes os se brisent une bonne fois et que cela finisse. La douleur la plus pénible siège dans le bras droit et dans la tête, qu'il s'agisse d'une attaque de grand mal ou que ce ne soit qu'une attaque localisée. Quand il ne s'agit que d'une attaque partielle, je maintiens la tête et le bras droit un peu étendus au moyen de la main gauche. Ceci atténue quelque peu la douleur. La force avec laquelle mon bras droit se tord en direction de ma tête est si grande que même quelqu'un de vigoureux est incapable de maintenir le membre en bas. Mon esprit pendant ces attaques reste toujours clair, et c'est seulement l'énorme douleur qui me torture dans tout le corps qui m'empêche de porter grande attention à ce qui se passe autour de moi. La tête ne me fait plus mal au dedans dès que la crise est terminée. La plupart du temps, je ne peux

prononcer que quelques mots, appeler au secours et attendre jusqu'à ce que quelqu'un puisse venir m'aider et me maintenir, m'empêchant ainsi de me détruire.

» J'ose dire que mes accès sont différents de ceux des autres épileptiques, dont les crises attaquent tellement l'esprit qu'ils deviennent incapables même de savoir qu'ils viennent d'avoir une crise. J'ai des attaques tout à fait semblables aux leurs, à cette différence près que les miennes ne sont pas inconscientes. Deux fois, j'ai eu de ces crises pendant deux semaines, au rythme moyen de 300 par jour. A ces moments-là, je souffre vraiment comme un damné. C'est très volontiers que je risquerais les dangers d'une opération si celle-ci était nécessaire. Je pense que j'y survivrais, sinon, eh bien ! cela m'est égal. Je suis certain qu'il y a quelque chose qui comprime mon cerveau, et si on ne fait rien tant que je tiens encore, il est absolument sûr que je mourrai bientôt dans une de ces affreuses attaques, et que je mourrai de douleur.

» Je vous prie ardemment de faire pour moi tout votre possible, d'avoir pitié de mon terrible sort et de me libérer par l'opération ou la mort..., ou par les deux, tant pis ! »

OBSERVATION VIII.

(BOMBARDA.)

Le malade, âgé de 28 ans, a ses attaques depuis des années. Les crises sont très répétées. La première que j'ai vue commença par un frémissement musculaire du côté droit de la face. La bouche est un peu tirée de ce côté. Presque en même temps, la figure tourne à droite et le corps entier entre dans une convulsion rapide, avec demi-raïdissement général. Les convulsions présentent une faible amplitude; c'est plutôt une forte trémulation des muscles raidis.

L'attaque a été très rapide. Quand elle cessa, le malade prononça : « C'est fini. » Il ne tombe pas. Mais il y a d'autres crises où le malade tombe en avant, les deux bras étendus. Il raconte qu'il connaît très bien la venue de son attaque; c'est quelque chose qui lui remonte au cœur et qui ne lui permet de rien prononcer.

Si l'attaque est faible, il reste debout et remarque les personnes qui l'entourent; il entend nettement ce qu'on lui dit pendant le paroxysme, mais il ne peut répondre. Tout cela est raconté spontanément. Pendant une autre attaque que j'ai observée, je lui ai demandé son nom; aucune réponse, puis il a prononcé : « Je ne puis. » C'a été comme s'il attendait la fin de la crise pour me donner raison de son silence. Alors je lui ai dit de répéter mes questions; il l'a fait très exactement.

OBSERVATION IX.

(RÉGIS.)

Delphine D..., franchement épileptique et sans aucun stigmate hystérique.

Depuis quelque temps, elle a des accès incomplets, conscients. Elle avait depuis cinq ans des attaques absolument inconscientes. Elle se présente à la consultation des maladies mentales le 11 avril; on lui prescrit un traitement bromuré. Le 18 avril, elle revient. Elle a maintenant des crises qu'elle sent venir; elle a conscience de son aura, aura visuelle, où les objets lui semblent agrandis et indécis; les crises sont suivies d'un état crépusculaire, « comme un rêve », dit la malade.

Cet état est conscient et mnésique. Certaines attaques se limitent à l'aura; d'autres vont un peu plus loin, mais s'arrêtent à mi-chemin, et la connaissance persiste.

Le 15 juin dernier, *elle a lutté* contre une attaque qu'elle sentait venir; elle l'a refrénée, un moment très court, à la vérité. Cette attaque a dû être très violente, à en juger par la fatigue qui l'a suivie.

Sept jours après, nouvelle crise, qu'elle n'a pas essayé d'enrayer, très violente encore. Il faut remarquer que la malade avait cessé spontanément l'usage du bromure depuis quelque temps.

OBSERVATION X.

(RÉGIS.)

Je résume très brièvement l'observation exceptionnellement intéressante de ce sujet.

X... (Fernand), employé de commerce, 37 ans, s'est présenté une première fois à la polyclinique de M. le Docteur Régis.

Père épileptique. Mère sans tare nerveuse, morte d'une maladie de cœur. Un frère a eu des convulsions dans l'enfance.

Antécédents personnels. — Aucune maladie grave antérieure. A fait son service militaire. Deux blennorragies : l'une à 25 ans, l'autre à 27 ans, parfaitement guéries.

Il y a deux mois, il s'est réveillé avec la moitié de la face déviée à gauche; hémiparésie et hémihypoesthésie droites; il avait eu, les jours précédents, de l'incontinence nocturne d'urine. Les notes recueillies à cette époque montrent qu'on avait posé le diagnostic de mal comitial, puisqu'on avait institué un traitement à base de bromure de potassium.

La guérison fut rapidement complète, et se maintient jusqu'à ces jours-ci.

Un mois après le malade revient consulter M. le docteur Régis. Il se plaint de pertes séminales nocturnes et raconte ce qui suit :

Depuis environ un an, il a des pollutions nocturnes, qui, d'abord mensuelles, se sont rapprochées de plus en plus, jusqu'à devenir bihebdomadaires.

Voici comment surviennent ces pertes : Le matin, toujours de 1 heure à 4 heures, au milieu de rêves érotiques mais normaux, en somme, il ressent au niveau des mollets une douleur qu'il compare à un violent coup de bâton; il ne se réveille pas, et cependant il a la sensation d'une contracture de tout le corps; il se sent « raide comme un morceau de bois ». Cela dure trois ou quatre minutes, souvent moins. Il se réveille alors et au moment même a une abon-

dante éjaculation, avec l'érection et le spasme voluptueux ordinaires. Sueurs abondantes, palpitations. Il se rendort un moment après.

D'autres fois, quand il ressent au niveau des mollets cette douleur significative, il se réveille *par un effort de volonté* grâce auquel il peut ainsi arrêter sa crise. Dans ces cas, il n'y a ni contracture ni éjaculation, mais simplement érection, qui disparaît vite.

Lorsqu'il a sa crise complète, il ressent le matin, au lever, une lassitude générale, de la douleur de tête et il a une certaine difficulté à se livrer à ses travaux habituels de bureau.

Rien du côté du canal de l'urètre. Pas d'hémorroïdes, de fissures à l'anus. Pas de constipation. Réflexes rotuliens un peu vifs. Pas de signes de tabes au début ou confirmé. Pas de rétrécissement du champ visuel ni de zone anesthésique ou hypoesthésique, ni aucun stigmatisme hystérique. Pas d'alcoolisme. Marié depuis cinq ans, le malade remplit normalement ses devoirs conjugaux.

Quatre ou cinq fois, brouillard devant les yeux, envie de vomir, sans perte complète de connaissance, le tout terminé par des sueurs profuses.

Ajoutons qu'il a eu des pertes séminales (sans autres accidents) dans l'adolescence et pendant les quelques semaines qui ont précédé (en 1880) l'accident qui l'a fait consulter une première fois M. le Docteur Régis.

Il est difficile de ne pas voir dans ces crises des accès incomplets de mal caduc : l'aura existe, la période clonique est bien évidente, mais la phase clonique fait défaut. Cette observation est d'un intérêt exceptionnel : c'est du mal comitial conscient; c'est du mal comitial sur lequel la volonté a prise; c'est enfin — sans parler de cette conscience dans le sommeil que présente le malade — du mal comitial qui se traduit par des pertes séminales.

Supposez que le sujet n'ait pas conscience de son aura et de ses convulsions cloniques, qu'il ne se réveille pas, et le seul phénomène de ses crises, indubitablement comitiales, ne serait que les pertes séminales, tout comme chez le malade

cité plus haut. Il semble même permis de se demander si les pertes séminales qu'eut autrefois ce malade — surtout celles de 1890 — ne sont pas en rapport avec des attaques comitiales nocturnes inconscientes.

OBSERVATION XI.

(Louis LIVET.)

Brûlures graves de la face survenues au cours d'une crise d'épilepsie consciente et mnésique.

V... (Henriette), 21 ans.

Hérédité. — Père bien portant, un peu buveur; sa mère, épileptique, mourut il y a un an; elle s'était brûlée vive en tombant sur un fourneau. Pas d'autres manifestations convulsives dans la famille.

Antécédents personnels. — Aucune maladie antérieure. Réglée à 11 ans et d'une façon très régulière depuis. A l'âge de 12 ans, elle éprouve sous le bras gauche des sensations de chatouillement, auxquelles tout d'abord elle ne prêta pas grande attention. Mais, il y a deux ans, les crises d'épilepsie firent leur apparition, toutes étaient précédées de ce chatouillement prémonitoire, aura sensitive, seul phénomène observé pendant les premières années et dont l'évolution devait confirmer le caractère pathologique.

Donc, il y a deux ans, elle eut une première crise; les phénomènes qui la traduisirent, assez atypiques, la rapprochent, il est vrai, de la crise émotive, mais faut-il encore employer ce terme quand aucune émotion ne précède ces accidents ?

Cette crise débuta par un chatouillement sous le bras gauche, une sensation de constriction précordiale, de l'angoisse respiratoire, des palpitations précipitées : « Je voudrais parler, nous dit-elle; je vois très bien les personnes qui m'entourent, je voudrais bien leur dire : ce n'est rien, ça va passer; mais je ne peux pas prononcer une parole. » Ces phénomènes, nous en convenons volontiers, sont d'apparence émotive, mais en considération des

phénomènes connexes nettement comitiaux, nous croyons pouvoir, eux aussi, les rapporter à la comitialité.

En effet, certaines de ces manifestations sont précédées d'un cri, accompagnées de raideur cataleptique des membres plus marquée à gauche; le regard reste fixe, et la fin de la crise est soulignée par une respiration bruyante, une salivation abondante, mais pas de miction involontaire.

Objectivement, on relève une cicatrice au bord droit de la langue provenant d'une morsure au cours d'une crise, et plusieurs cicatrices à la face, occasionnées par des chutes au cours de crises également.

Les réflexes tendineux sont vifs et amples.

Tout récemment, elle se trouvait à Paris chez sa cousine. Il était 6 heures de l'après-midi, elle était assise près d'un foyer de charbon; elle venait de rentrer, avait froid et s'était approchée du feu pour se chauffer. Aucun souci, aucune émotion n'avait précédé la crise.

Brusquement, elle sentit son aura habituelle, un chatouillement sous le bras gauche pendant deux ou trois secondes; elle ne voulut rien dire pour ne pas effrayer sa cousine, mais la crise brutale survint. Notre malade tomba de sa chaise dans le foyer; elle conserva sa lucidité consciente, se sentant glisser, tomber, la figure sur les charbons ardents, entendant grésiller ses cheveux, le tout avec une anesthésie complète à la douleur. Elle se rendait compte de tout, mais ne pouvait ni appeler ni se dégager.

Sa cousine heureusement vint aussitôt à son secours et la retira du danger. La malade était brûlée grièvement au visage, et sa parole lui revenant peu à peu elle disait : « J'ai mal, j'ai mal », le libre usage de la parole ne se rétablit que lentement pour elle.

La fin de la crise ne fut pas marquée par une émission d'urine, et, d'autre part, on ne constata pas cette fois de morsure de la langue. Au moment où nous l'observons, quinze jours après l'accident, les plaies du visage sont très étendues, mais peu profondes; le nez, la joue droite et le front sont complètement brûlés.

A l'appui de la comitialité, il faut encore noter ce détail que notre malade, qui, dans sa jeunesse, était la première de sa classe

et possédait une excellente mémoire, a vu celle-ci depuis quelques mois s'affaiblir progressivement; des lacunes importantes constellent son souvenir; par exemple, elle ne se souvient nullement d'un voyage en automobile fait l'an dernier au Mont Saint-Michel; elle ne se souvient pas davantage d'un livre lu ou d'une pièce de théâtre récemment entendue.

Il nous a semblé que cette observation était une des plus typiques enregistrées jusqu'à présent d'épilepsie consciente, mnésique, convulsive et anarthrique, et que les caractères concomitants et la gravité même des accidents survenus étaient de puissants motifs pour écarter l'hypothèse du pithiatisme ou de l'hyperémotivité.

DISCUSSION.

M. DUPOUY. — J'ai observé personnellement des cas d'épilepsie consciente et mnésique, et l'existence de cette forme ne me paraît pas douteuse. Dans les cas auxquels je fais allusion, les malades se rappelaient nettement tous les propos tenus autour d'eux pendant la durée de la crise et il s'agissait bien de crises épileptiques avec tous les symptômes somatiques classiques : morsure de la langue, miction, etc.

A ce propos, j'ai pu constater que la forme consciente paraissait en rapport avec le traitement; c'était toujours chez des sujets en cours de traitement que se produisaient les accès conscients et mnésiques. Il y a là un point assez important et qui demanderait à être soigneusement vérifié chaque fois.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Les exemples d'épilepsie consciente et mnésique ont été assez fréquemment rapportés pour qu'on ne puisse pas douter de l'existence de cette forme.

M. HARTENBERG. — Pour ma part, j'ai également observé des faits non douteux de conscience dans l'épilepsie. Il s'agissait surtout d'équivalents psychiques, mais survenant chez les épileptiques avérés.

M. KLIPPEL. — Je crois qu'il faut bien s'entendre sur ce qu'il convient d'appeler épilepsie mnésique et consciente.

Il n'est pas douteux qu'il y a une partie de la crise épileptique qui peut être consciente; il en est ainsi en particulier des auras. Mais la crise peut-elle rester consciente pendant toute sa durée ? Voilà le point essentiel. Le caractère d'inconscience est un des éléments les plus formellement signalés et exigés pour faire le diagnostic d'épilepsie. Il paraît difficile d'admettre une crise vraie, une crise franche, convulsive, qui ne soit pas, au moins à un moment donné de son déroulement, accompagnée d'inconscience. Si ce caractère fait défaut, on peut se demander si on est en droit de parler d'épilepsie certaine.

M. LIVET. — Notre malade n'était point en cours de traitement, contrairement à ce qui existait dans les cas de M. Dupouy.

Quant à la conscience, elle paraît bien avoir existé tout au long de la crise, qui fut d'ailleurs très courte.

OBSERVATION XII.

(L. MARCHAND et OLIVIER.)

Un cas d'état de mal épileptique avec conservation de la conscience.

L... (R.), âgée de 20 ans, entre, le 5 février 1906, à l'Hospice Dessaignes, de Blois, établissement consacré au traitement des épileptiques dits non aliénés.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 47 ans. Caractère violent, irritable, aurait fait des excès alcooliques et vénériens.

Mère morte tuberculeuse à 37 ans.

La malade est l'aînée de six enfants, dont trois ont succombé en bas âge; une fille est morte de fièvre typhoïde, l'an dernier, à l'âge de 13 ans; la fille cadette, âgée de 16 ans, seule survivante, est très nerveuse; elle est sujette à de l'incontinence nocturne d'urine; elle serait atteinte de tuberculose intestinale.

Si dans la famille il n'y a pas eu, à proprement parler, d'alié-

nés, plusieurs des membres étaient considérés comme faibles d'esprit. Un oncle paternel de la malade est même dans un état voisin de l'idiotie.

Antécédents personnels. — L... (R.) a eu des convulsions dans le bas âge. Elle a toujours présenté de la faiblesse intellectuelle; elle apprit à lire et à écrire. Elle n'a pas appris de métier déterminé. Lente et très maladroite, elle n'a guère pu exercer son activité en dehors des travaux domestiques les plus simples. Son caractère n'a jamais cessé d'être doux et tranquille. Réglée à 18 ans. Sujette aux maux de tête. A une date récente, dans le cours de l'été 1905, elle fut atteinte de fièvre typhoïde.

Histoire de la maladie. — A cette occasion, plusieurs crises épileptiques se produisirent. Depuis le 8 décembre 1905 jusqu'au 5 février 1906, date de son admission à l'hospice, trois crises nouvelles sont survenues.

A son arrivée, nous constatons chez elle une faiblesse intellectuelle manifeste. Ses souvenirs sont imprécis. Ses affirmations sont hésitantes. Elle est dépourvue de toute initiative, ne travaille pas, ne s'intéresse à rien. Elle reste le plus souvent assise, inerte, souriant niaisement. Sa sensibilité paraît normale. Nous ne relevons pas de troubles oculo-pupillaires. Ses réflexes patellaires sont un peu forts. Nous ne remarquons rien du côté de la motricité. L... (R.) ne présente pas de stigmates de dégénérescence. Sa dentition est très mauvaise; les autres fonctions organiques paraissent normales.

Rien de particulier pendant les premières semaines de son séjour à l'hospice. L... (R.) a des menstrues peu abondantes. Le nombre des crises épileptiques s'élève à 4, en moyenne, par mois. Elle reste toujours inactive, indifférente, ne causant à personne, mais très paisible. Le 1^{er} avril 1906, elle est soumise au traitement bromuré.

A cette même époque, la malade a commencé à présenter des troubles nouveaux. Elle est encore capable de donner son nom, de reconnaître et de nommer certaines de ses compagnes. Elle sait de quel hospice elle vient, et dans quel établissement elle se trouve. Mais ses réponses sont plus lentes; elle somnole sans

cesse; sa physionomie prend une expression d'hébétude accusée. De plus, phénomène très important, sa marche devient incertaine, vacillante. Elle avance « comme une femme ivre ». Depuis mars, ses règles ne sont pas revenues; son appétit semble diminuer.

La moyenne des crises continue à être de 4 par mois. Elle tend à s'élever dans la première quinzaine de juin. Ces crises présentent, la plupart, des caractères classiques (cri initial, chute, morsures de la langue, mictions involontaires). Toutefois, deux particularités sont observées au cours des accès. Dans quelques cas, la perte de connaissance est de courte durée, et la malade revient complètement à elle quelques minutes à peine après la cessation des mouvements convulsifs; dans quelques cas plus rares, l'accès convulsif se produit sans être accompagné de perte de connaissance. Parfois, enfin, la malade a seulement des absences.

Sur ces entrefaites, le 21 juin 1906, se déclare brusquement un état de mal, qui dure de 8 heures du matin à 5 heures du soir. On relève 45 accès pendant cette période. Les crises se poursuivent par séries de 5 à 10. Elles n'offrent pas toutes les mêmes caractères. Les unes, surtout celles qui apparaissent au début de l'état de mal, ont leur cortège symptomatique classique; la perte de connaissance a lieu, mais elle est assez brève; il n'y a pas de stertor consécutif véritable; la malade comprend, immédiatement après, les questions qui lui sont posées et peut y répondre. Les autres accès, les derniers particulièrement, sont incomplets; les convulsions toniques et cloniques sont moins intenses et ne s'accompagnent pas de perte de connaissance; elles portent surtout sur les membres supérieurs. Pendant ceux-ci, la malade, interrogée, répond aux questions. Parfois, un coup violent sur les bras est capable de suspendre ou même d'arrêter momentanément les mouvements convulsifs. Quelquefois aussi, si on élève les membres supérieurs au niveau de la face, il est possible de provoquer quelques convulsions plus fortes.

Dans l'intervalle de ces crises, les réflexes rotuliens paraissent peu accentués; quant aux pupilles, elles sont égales et semblent plus dilatées immédiatement après l'attaque qu'au début. Enfin, le pouls se maintient entre 80 et 90; la température rectale oscille autour de 39 degrés.

Examinée le lendemain 22 juin, voici dans quel état nous trouvons la malade :

La sensibilité est altérée dans toutes les régions du corps, au point de vue algésique. La malade dit sentir les piqûres d'épingle, mais il n'y a ni réaction musculaire locale, ni mouvement de retrait.

Ouïe. — Le tic-tac d'une montre est également entendu des deux côtés, à une distance normale.

Vision. — La vue est conservée. Les pupilles sont égales; elles réagissent bien à la lumière. Strabisme externe de l'œil droit.

Motricité. — La faiblesse musculaire est extrême. La malade ne peut serrer un dynamomètre. Le corps et les membres sont animés de tremblements exagérés. Les rides du front sont moins prononcées du côté gauche. Le nez et les commissures labiales sont légèrement déviés à droite; l'ouverture palpébrale est plus petite à gauche qu'à droite. La tête reste penchée à gauche; l'épaule gauche est sur un plan inférieur à l'épaule droite. Pas de signe de Romberg. L... (R.) se lève et marche au commandement, mais d'une manière instable.

Les tremblements s'accroissent très fortement à l'occasion des mouvements volontaires ou provoqués. Quand on fait exécuter un mouvement à la malade d'un côté du corps, elle reproduit d'elle-même, automatiquement, du côté opposé, le mouvement symétrique. On peut même, en portant l'un des membres supérieurs derrière la tête, provoquer des crises incomplètes, à la suite desquelles la malade est irrésistiblement attirée à reculons. Les convulsions cloniques semblent plus prononcées au niveau du membre supérieur droit. La malade conserve, comme un automate, les positions qu'on donne à ses membres; ce n'est que très lentement que ceux-ci retombent au repos.

Réflexivité. — Les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés, mais surtout à gauche. Le réflexe plantaire est diminué du côté droit; à gauche, le gros orteil se met en extension et les autres doigts en flexion légère.

Parole. — Elle est difficile, empâtée, monosyllabique.

Troubles vaso-moteurs. — Il y a de l'œdème dur des jambes; les pieds et les jambes sont cyanosés.

Liquide céphalo-rachidien. — Ponction lombaire; le liquide céphalo-rachidien s'écoule goutte à goutte. Pas de lymphocytose.

Etat mental. — Il est caractérisé essentiellement par la torpeur et la lenteur de tous les processus psychiques. L... (R.) est obligée de faire un long et pénible effort pour répondre aux questions relatives à son âge, à son nom, à sa date de naissance, ignore l'année où nous sommes et ne peut dire le nom de l'établissement où elle est soignée. La torpeur intellectuelle donne à son attitude et à sa physionomie un cachet particulier. La malade reste affaissée sur sa chaise. Les yeux roulent dans les orbites, les paupières sont agitées de petits mouvements de clignotement, le regard est terne, vague, inexpressif. Plissement du front très accusé; en revanche, les traits du visage sont effacés, les joues légèrement tombantes.

La température rectale est de 38°6.

23 juin. — Elle se plaint de mal de tête et indique avec la main que la douleur est localisée au niveau des frontaux; elle rappelle ensuite qu'elle a été depuis longtemps sujette aux maux de tête. Elle accuse, en outre, une douleur imprécise au bas-ventre. Passe des pleurs au sourire pour ainsi dire sans transition.

Le 25 juin, M. le docteur Dubois tente, sans pouvoir y réussir, la recherche du champ visuel et l'examen du fond de l'œil; les yeux de la malade sont trop mobiles.

Etat actuel. — Depuis cette époque, l'engourdissement physique et intellectuel de la malade a persisté. Jusqu'au 29 juin, la température rectale s'est nettement maintenue, matin et soir, au-dessus de 37 degrés. Après cette date, elle a oscillé autour de 37 degrés pour ne descendre que très rarement au-dessous; cependant, la courbe offre encore assez d'irrégularité. Le 26 juin, deux crises incomplètes; le 27, deux nouvelles crises identiques.

13 juillet. — L'état mental et physique est le suivant : torpeur intellectuelle toujours bien accusée. Interrogée, la malade fait quelques mouvements des lèvres, mais n'arrive pas à articuler une réponse. La salive séjourne sur le rebord des lèvres.

La sensibilité paraît toujours émoussée. Une piqûre d'épingle ne donne lieu à aucune réaction. Les mouches peuvent venir se poser sur ses lèvres, sur ses paupières, sans déterminer de la part de la malade le moindre mouvement de défense.

La force musculaire est très diminuée. L... (R.) exécute automatiquement d'un côté les mêmes mouvements qui lui sont imprimés du côté opposé. De même, quand elle commence un mouvement d'un membre, le membre symétrique répète le mouvement semblable.

Les tremblements des membres et des doigts continuent à être accentués.

Les réflexes oculo-pupillaires sont normaux, mais les pupilles sont en mydriase.

Les réflexes rotuliens sont exagérés, surtout à gauche.

Les réflexes plantaires se font en extension des deux côtés, mais le signe de Babinski est plus accentué à droite qu'à gauche.

14 juillet. — Deux grands accès complets, avec perte de connaissance.

Soumise à nouveau à l'examen de M. le docteur Dubois, le 21 juillet, celui-ci se trouve dans l'impossibilité de déterminer le champ visuel; toutefois, il parvient à reconnaître l'existence d'une neuro-rétinite double, avec atrophie pupillaire commençante. De plus, il constate que l'acuité visuelle n'est plus que de quatre dixièmes pour chaque œil.

Si, en présence d'un tel cas, le diagnostic de la nature comitiale des crises convulsives est facile, il n'en est plus de même quand il s'agit de déterminer l'affection cérébrale cause de l'épilepsie. Deux diagnostics surtout peuvent être discutés. Est-on en présence d'une méningo-encéphalite avec prédominance des lésions au niveau du cervelet, ou d'une tumeur du cervelet? En faveur de la première hypothèse, nous avons la présence de convulsions dans le jeune âge et la faiblesse intellectuelle consécutive. Les convulsions du jeune âge, qui provoquent ainsi un arrêt du développement intellectuel, sont généralement l'expression symptomatique

d'une méningite chronique. L'apparition des premières crises convulsives après une fièvre typhoïde serait encore en faveur de cette première-hypothèse; la fièvre typhoïde a pu provoquer une nouvelle poussée inflammatoire du côté des méninges déjà altérées de notre malade. L'absence de lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, sans avoir une valeur diagnostique importante, est une constatation qui plaiderait plutôt contre l'hypothèse de la méningo-encéphalite. Le diagnostic de tumeur cérébelleuse, s'il s'accorde moins avec les antécédents de la malade, la marche des accès convulsifs et l'évolution des troubles nerveux et mentaux, s'accorde mieux avec la constatation de la neuro-rétinite double, avec atrophie pupillaire. Cette observation montre combien le diagnostic de la nature d'une affection cérébrale peut être délicat. L'évolution des troubles nerveux et mentaux, les symptômes de localisation cérébrale, sont souvent des données insuffisantes pour poser un diagnostic. Notre malade présente des symptômes cérébelleux; la difficulté commence quand il s'agit de préciser la nature de la maladie.

OBSERVATION XIII.

(USSE et LIVET.)

Crises anarthriques conscientes et mnésiques d'épilepsie convulsive.

Mme H..., 24 ans, tapissière, vient pour la première fois à la consultation externe de MM. Toulouse et Marchand, le 11 décembre 1912, et se plaint « de crises nerveuses avec arrêt de la parole ».

On ne relève rien d'intéressant dans ses antécédents familiaux.

Née à terme, la malade s'est développée normalement, sans retard sensible; à l'école, elle apprend assez vite à lire et à écrire.

Pas d'autre maladie aiguë qu'une scarlatine grave à 6 ans. ¹

Réglée à 15 ans, toujours assez irrégulièrement, avec des retards.

Mariée à 20 ans; a une petite fille âgée de 2 ans 1/2 bien portante.

Albuminurie transitoire vers la fin de la grossesse.

Pas de fausse couche.

Ni antécédents ni stigmates toxiques ou spécifiques connus.

La malade fait remonter ses premières crises à l'âge de 5 ans. Elle les attribue à une peur qu'elle eut en nourrice, un jour qu'on l'avait enfermée seule dans une église. Un mois et demi après cette peur, elle aurait fait une première chute avec perte de connaissance et « mouvements nerveux » ou convulsions.

Depuis, les crises se sont reproduites à peu près tous les mois, sans être influencées en quoi que ce soit par la puberté, les règles ou même l'état puerpéral. Notons cependant une crise convulsive de cinq minutes à la fin de la grossesse, en plein travail, une heure avant l'accouchement.

Mme H... nous déclare spontanément qu'elle est sujette à deux sortes de crises : les unes avec chute et perte complète de connaissance, les autres avec conservation de la conscience, de la mémoire et de tous les mouvements, sauf des mouvements de la parole.

Les crises avec perte de connaissance ne surviennent qu'une ou deux fois par mois, à un ou deux jours d'intervalle, et ne laissent à la malade aucun souvenir, pas même celui d'une aura quelconque. Il n'y aurait habituellement ni cri initial, ni morsure de la langue, ni miction involontaire, mais la malade salive abondamment au cours de la crise; elle a des mouvements spasmodiques des muscles de la face; son mari a été plusieurs fois réveillé, la nuit, par le claquement des dents. Ces crises durent environ cinq minutes, ne laissant après elles qu'une brève stupeur; elles se produisent aussi bien le jour que la nuit, et sont généralement précédées et suivies d'accès multiples de la seconde variété.

Ces derniers, beaucoup plus fréquents, au nombre de dix à douze dans la même journée, peuvent se reproduire plusieurs fois de suite. Ils sont généralement précédés par une sensation de fourmillement dans la poitrine; tout à coup, la malade se trouve dans l'impossibilité absolue de parler, c'est en vain qu'elle essaie de crier; elle sent sa langue comme « liée, engluée, immobilisée »; en même temps, elle éprouve un frisson, un léger tremblement généralisé dans tout le corps; elle sent parfois les mouvements spasma-

diques de ses lèvres au cours de ces accès. Si ces crises surviennent dans la rue, la malade continue à marcher; bien que son allure devienne alors assez automatique et saccadée, elle peut éviter les obstacles et guider ses mouvements; lorsqu'elle est chez elle, elle s'assied en attendant la fin du « malaise ». Celui-ci dure habituellement de trois à cinq minutes. La malade recouvre assez brusquement la parole et conserve le souvenir de tout ce qui s'est passé durant sa crise : c'est ainsi qu'elle peut répéter les paroles qui ont été prononcées à ce moment autour d'elle; elle se souvient des rues qu'elle a suivies, des affiches qu'elle a lues au cours de ses accès aphasiques avec automatisme ambulateur. De plus, ces dernières crises ne laissent jamais après elles ni céphalée ni obnubilation intellectuelle.

Les unes et les autres de ces crises se répartissent dans une même période de un à trois jours, tous les mois, sans paraître soumises à une régularité quelconque de succession ou d'alternance. Dans l'intervalle, la malade n'accuse aucun trouble psychique ou somatique particulier.

Au cours de six examens différents et assez espacés, nous n'avons relevé chez Mme H... aucun signe de perturbation ou d'affaiblissement psychique digne d'être signalé. Peut-être ses réponses sont-elles un peu retardées, son idéation et ses associations d'idées plutôt ralenties, mais cela tient, sans doute, autant à sa faible instruction qu'à sa constitution mentale. Ni l'attention, ni la mémoire, ni le jugement, pas plus que l'affectivité et la volonté, ne nous paraissent troublés.

Au point de vue physique, la malade présente un très léger tremblement des extrémités et des réflexes patellaires un peu vifs, surtout à la première excitation.

Les pupilles sont égales et réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation.

Aucun symptôme adénoïdien ou thyroïdien.

Pas de stigmates physiques de dégénérescence.

La langue est bonne, sans cicatrices.

Les fonctions digestives et cardio-vasculaires s'effectuent normalement.

Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre.

Notons enfin que sous l'influence du traitement suivi (2 grammes de bromure par jour et régime déchloruré) Mme H... n'a plus eu, depuis le 11 décembre 1912, qu'une seule crise avec perte de connaissance, il y a quinze jours, et deux ou trois crises aphasiques au cours de la dernière semaine.

Il s'agit, en résumé, d'une malade qui, depuis l'âge de 5 ans, présente, à côté de quelques crises épileptiques assez banales (avec perte de connaissance, convulsions et amnésie consécutive), des accès plus fréquents d'épilepsie partielle, sous forme d'aphasie motrice, consciente et mnésique.

Cette dernière modalité clinique nous a paru digne d'être signalée, surtout en raison de sa rareté. Nous n'avons, en effet, retrouvé que trois observations analogues, rapportées par Audenino. Les cas de Redlich, de Raymond et F. Rose, concernent des aphasies postépileptiques beaucoup plus durables, et qu'il faut considérer non comme des formes d'épilepsie avortée, mais comme des phénomènes d'épuisement consécutifs aux paroxysmes. Les crises aphasiques conscientes de notre malade précèdent souvent, au contraire, ses crises inconscientes et amnésiques d'épilepsie convulsive; elles ont eu la même apparition précoce; elles présentent le même début brusque, la même durée. Aussi, sans préjuger du fondement pathologique du syndrome épilepsie, croyons-nous pouvoir considérer les deux sortes de crises que nous venons de décrire, comme deux modalités différentes de ce même syndrome. D'ailleurs, l'évolution de ces deux variétés d'accès sous l'action du traitement classique de l'épilepsie fait encore ressortir leur parenté clinique. Mme H... nous raconte, en effet, que les grandes crises, ou crises classiques, étaient plus fréquentes au début, avant qu'elle ne prit du bromure; le traitement bromuré simple réduisit le nombre de ces crises complètes, mais laissa persister les crises aphasiques. Ce n'est que depuis la combinaison du traitement bromuré avec le régime déchloruré que les crises aphasiques ont à peu près

disparu, cédant la place à de rares et courtes « faiblesses » ou ébauches de crises : il nous a paru curieux de noter ces modifications successives des crises épileptiques sous l'influence du traitement déchloruré-bromuré. Rappelons que les crises conscientes et mnésiques de la malade de MM. L. Marchand et G. Petit (*loc. cit.*) n'avaient remplacé les crises inconscientes et amnésiques qu'après institution de ce même traitement.

Nous signalerons, en terminant, dans les deux sortes de crises, la localisation prédominante des troubles spasmodiques d'une part et paralytiques de l'autre, au niveau des mêmes groupes musculaires labio-glosso-laryngés. Peut-être pourrait-on, de ce fait, inférer quelque hypothèse anatomo-pathogénique touchant les accès épileptiques de notre malade. Nous admettrions volontiers qu'en dehors des lésions probables de méningo-encéphalite diffuse une altération locale prédominante au niveau des centres moteurs du langage joue ici le rôle d'épine irritative dans l'éclosion des crises et conditionne cette paralysie pseudo-bulbaire transitoire qui tantôt domine le tableau clinique, tantôt se trouve effacée par des troubles plus étendus.

M. MARCHAND (*s'adressant à la malade*). — Vous sentez votre crise? Vous continuez à marcher, vous entendez les bruits qui se font autour de vous, vous voyez ce qui se passe?

LA MALADE. — Oui monsieur, mais je ne puis répondre.

M. BRIAND. — Pourriez-vous écrire votre réponse?

LA MALADE. — Je crois.

M. MARCHAND. — Il y a là une paralysie de la langue, des troubles anarthriques.

M. COLIN. — Je ne puis m'empêcher de penser, devant ce cas d'anarthrie attribuée à l'épilepsie, comme dans le cas des crises mnésiques rapporté à l'une de nos dernières séances, aux malades que nous avons l'habitude de voir à la Salpêtrière dans le service de Charcot, et que celui-ci classait sous la dénomination d'hystéro-épilepsie à crises séparées. Pour la malade actuelle, a-t-on examiné le larynx et ne peut-il

s'agir d'un de ces cas de mutisme hystérique si magistralement décrits par Charcot? Y a-t-on songé?

M. MARCHAND. — Oui certes, mais pour l'écarter : vous remarquerez que la malade s'est perdue plusieurs fois dans la rue; parfois donc, les crises sont inconscientes. Puis nous avons l'épreuve du traitement : lorsqu'elle ne suivait aucun traitement, les crises étaient très fréquentes; le bromure les atténua; le régime déchloruré améliora encore son état.

M. TRUELLE. — Comment débuta l'affection?

M. MARCHAND. — Par des crises d'épilepsie classiques; celles-ci se produisirent surtout après une grossesse.

OBSERVATION XIV.

(LIVET.)

Accidents convulsifs mnésiques d'apparence comitiale.

Le malade dont il s'agit est sujet à des accidents convulsifs rappelant l'épilepsie et qu'on qualifierait volontiers d'épileptiques si le malade ne conservait le souvenir de sa crise et des faits concomitants.

Sur l'origine de ces crises, sur leur mode d'apparition et de production, voici les détails que nous révèle l'examen :

C... (René) est âgé de 20 ans actuellement; il fut élevé à la campagne, apprenait assez bien à l'école, était le deuxième de sa classe; il a vécu jusqu'à 14 ans sans maladie ni accident.

A cet âge, en jouant sur une charrette avec des camarades, il monte sur le timon, la charrette bascule, le renversant sur des pièces de bois, on le relève avec une large plaie de la région frontale, saignant en abondance. Il n'avait pas perdu connaissance et put se rendre peu après chez le médecin qui lui fit quelques points de suture.

Actuellement, la cicatrice est encore très visible à la lisière des cheveux sur une longueur de 4 à 5 centimètres. A la palpation, on

ressent même une dénivellation cicatricielle de la table externe du frontal.

Pas d'épisodes pathologiques intéressants jusqu'en juillet 1917. A cette époque, il fut rappelé à Paris à l'occasion de la mort de son grand-père, et peu après son arrivée dans la capitale, il contracta une fièvre typhoïde pour laquelle il fut soigné un mois et demi à la Pitié.

Il se rappelle dans cette circonstance avoir beaucoup souffert de la tête; après guérison il repart dans les Landes se sentant vigoureux et ayant pleinement recouvré la santé; il se remet alors à travailler la terre.

En décembre 1917, alors qu'il guidait les bœufs à la charrue, il fut inopinément terrassé par sa première crise convulsive sans que rien dans les commémoratifs immédiats la fasse présager, ni émotion, ni fatigue; il est tombé brusquement sur la terre à côté de sa charrue; il s'est débattu des bras seulement, les jambes et la tête raides; il voyait ce qui se passait autour de lui, n'ayant pas complètement perdu connaissance, mais ne pouvant pas articuler un mot.

Il n'a pas uriné dans ses effets et il ne s'est pas mordu la langue, sa respiration s'était ralentie pendant quelques instants pendant le paroxysme; elle redevint peu après forte et bruyante; enfin il reprit l'usage de la parole et de ses membres.

Il était un peu effrayé, se demandant ce qui s'était passé et ce qu'il avait eu; sa tante, qui était restée auprès de lui, l'aïda à se relever et à regagner sa demeure.

Consécutivement il ressentit une lourdeur de tête passagère, et un peu d'obtusion dans les idées. Néanmoins il put encore reprendre son travail et le continuer jusqu'au soir.

Un mois après, un dimanche, se trouvant chez lui, sans occupation définie, brusquement il tomba commè la première fois; quelques secousses des bras, des jambes, la tête en contracture et renversée en arrière, voyant tout autour de lui, mais ne pouvant ni parler, ni bouger, il a essayé de se relever, mais sans aucun résultat.

Cette crise, à son appréciation, dura cinq à six minutes.

Depuis, il eut encore six crises se présentant toutes avec les mêmes caractères (convulsives, anarthriques, conscientes), précédées parfois de vague douleur à la région thoracique antéro-inférieure gauche, et suivies le plus souvent d'une période d'obtusion légère avec retour progressif à la lucidité : il se sent, dit-il, un peu plus mal qu'à l'ordinaire, il est comme hébété, sans pensée, abruti; l'attention est comme suspendue, il reste immobile quelques instants sans réfléchir et dans une demi-conscience; il n'y a jamais perte de connaissance complète.

Pendant la crise, il peut parfois bouger les yeux, il sent son cœur comme serré et avec des palpitations plus énergiques et plus rapides, sans douleur véritable. Telles sont, en résumé, les données positives de cette observation.

Nous avons recherché si l'on pouvait retrouver le mal comitial dans les antécédents du malade, mais ni ses ascendants ni les collatéraux n'ont présenté de crises nerveuses.

Personnellement, c'est un sujet d'apparence timide et triste, peut-être un peu débile mental, sans que toutefois on puisse souligner cette légère tare; il ne présente pas de signe net de débilité motrice. Les réflexes rotuliens sont normaux et sans asymétrie. Tremblement des doigts très peu marqué. Les réflexes cutanés, crémastériens et abdominaux sans altération.

Pas de troubles vaso-moteurs ni de dermographisme. Ses crises ne se terminent jamais par des larmes. Enfin les émotions ne sont jamais intervenues dans la genèse des épisodes convulsifs qu'il a présentés; rappelons également que, lors de son accident, l'émotivité ne s'est pas surajoutée à la scène.

Nous avons également dirigé nos investigations du côté du pithiatisme; le sujet ne présente pas de troubles de la sensibilité, pas d'anesthésie oculo-palpébrale, ni pharyngée, ni testiculaire.

En outre, pendant deux mois que nous avons pu observer ce malade, nous n'avons jamais eu à suspecter sa sincérité ou son

utilitarisme. Avant sa première crise, il ignorait complètement les crises convulsives, il n'en avait jamais vu.

J'ajoute même qu'il ne s'est pas montré particulièrement sensible à un essai de suggestion tenté pour amener la production d'une crise convulsive. Il s'ennuie un peu d'être à l'hôpital et demande à retourner à son corps, désirant poursuivre la carrière militaire.

Pendant son séjour au Val-de-Grâce, soumis au traitement bromuré, il n'eut jamais de crises, et cet élément d'observation directe nous fait défaut.

L'interprétation d'un cas semblable est assez délicate, car si l'on ne retrouve rien pour le rattacher à l'émotivité ou au pithiatisme, il faut donc songer au mal comitial, et alors une objection s'impose immédiatement : ce malade a conscience de ses crises, il peut en conserver le souvenir plus ou moins net. Nous savons parfaitement que des cas analogues d'épilepsie avec conscience ont été observés, et personnellement nous avons eu l'honneur d'en rapporter une observation à la Société, en collaboration avec le Docteur Marchand. Toutefois les crises mnésiques coexisteraient avec d'autres crises inconscientes et amnésiques typiques rendant ainsi plus assurée la détermination nosologique. Dans le cas présent il n'y eut jamais de perte de connaissance complète.

D'autre part, la notion étiologique d'un traumatisme crânien ancien autoriserait l'hypothèse d'un syndrome Bravais-Jackson, ayant pu être réactivé par l'infection éberthienne plus récente.

Quoi qu'il en soit, malgré nos présomptions en faveur du mal comitial, nous ne pouvons en l'état actuel poser un diagnostic assuré.

Si nous avons tenu à présenter ce malade, c'est que l'évolution ultérieure de son affection apportera peut-être une confirmation de notre hypothèse et nous pensons aussi que, présentement, les souvenirs cliniques ou les réflexions de nos maîtres et collègues pourront utilement contribuer à éclairer sur ce point notre religion.

M. BRIAND. — S'agit-il d'un hystérique? Nous en doutons, parce que ce malade n'a jamais présenté de crise convulsive sous l'influence de la suggestion. D'autre part, il n'a aucun intérêt à simuler ou à exagérer puisqu'il veut rester soldat et que ses manifestations convulsives constituent un obstacle à sa carrière. Fait-il, comme on l'a quelquefois écrit, de l'épilepsie consciente et mnésique?

M. MARCHAND. — Quelques malades présentent à la fois deux variétés de crises; les unes du type comitial pur, les autres conscientes, se rattachant plutôt à l'hystérie.

M. MIGNARD. — Certains traumatisés du crâne ont alternativement des accès convulsifs conscients du type jacksonien, et des accès généraux inconscients du type comitial; mais on peut imaginer tous les états intermédiaires, et le malade appartient peut-être à l'un d'eux.

M. BRIAND. — On peut faire enfin une dernière hypothèse. Peut-être l'amnésie ne porte-t-elle que sur une partie de la crise : la phase initiale; et le malade redevient conscient lorsque les convulsions sont installées.

OBSERVATION XV.

(MARCHAND et G. PETIT.)

Crises conscientes et mnésiques d'épilepsie convulsive.

Mme X..., 51 ans, entre en août 1909 à la Maison de santé de Saint-Maurice. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et collatéraux.

Dans ses antécédents personnels, nous relevons les faits suivants : à 11 ans, chute sur la tête ayant motivé un séjour de quelque durée à l'hôpital : plus tard, entérite muco-membraneuse. En 1897, kératite ulcéreuse de l'œil droit, suivie d'une otite gauche, compliquée d'un état méningé qui a duré trois semaines (le médecin aurait même parlé à cette époque de méningite). La malade présentait alors de la céphalée, un état semi-comateux, une hyperesthésie de la vue

et de l'ouïe qui nécessitait le séjour dans une chambre obscure, loin de tout bruit. Notons enfin que Mme X... aurait fait quelques excès éthyliques et qu'elle avoue avoir toujours été « nerveuse », impressionnable et facilement irascible.

Les crises convulsives ont débuté en mars 1908; la malade était alors âgée de 50 ans. La première crise est survenue dans la rue; la perte de connaissance a été brusque; la malade présenta consécutivement une légère obtusion intellectuelle qui persista pendant deux mois; à cette époque également, elle aurait été traitée pour une pleurésie gauche. Dans la suite, les crises convulsives se sont renouvelées au nombre d'environ deux à trois par mois; de plus, dans l'intervalle des accès convulsifs, la malade était devenue, au dire de son entourage, plus « nerveuse, irascible et d'un caractère difficile ».

Son internement à Charenton a été motivé par un accès confusionnel avec raptus moteur, survenu assez brusquement en août 1909 et durant lequel elle tenta subitement d'étrangler sa bonne. A son entrée à l'asile, on nota de l'agitation motrice avec incohérence des propos et désordre des actes, obnubilation intellectuelle profonde, insomnie. Cet état de confusion mentale avec agitation persista durant quatre semaines et disparut ensuite progressivement, la malade ne conservant aucun souvenir de cette période. A noter que la malade a présenté au début de son accès confusionnel une assez grande quantité d'albumine dans les urines, des examens ultérieurs répétés ont montré la disparition rapide de cet élément pathologique. Ajoutons enfin que nous n'avons observé chez cette malade, dans l'intervalle des crises, aucun signe somatique de lésion organique nette du système nerveux : pas de troubles pupillaires, pas de troubles moteurs ou de la sensibilité générale; il existe cependant un léger ptosis de la paupière droite et de l'exagération des réflexes rotuliens.

Actuellement, Mme X... présente, indépendamment de quelques troubles légers du caractère (irascibilité), des absences et des vertiges assez fréquents; de plus, elle est sujette une à deux fois par mois à des crises convulsives sur les modalités desquelles nous insisterons plus particulièrement. Ces crises affectent les carac-

lères suivants : début par une aura sensitive de la région cardiaque (sensation de battements précipités du cœur, puis de coup de poignard subit), dont la durée relativement longue permet habituellement à la malade de gagner son lit ou de s'étendre dans un fauteuil; courte phase tonique, suivie bientôt d'une phase clonique où, durant plusieurs minutes, la malade présente des convulsions généralisées de la face, des membres et des globes oculaires; pupilles en mydriase, face vultueuse, lèvres violacées, écume parfois sanglante à la bouche, morsure de la langue, mouvements respiratoires irréguliers et de faible amplitude, stertor consécutif. Au début, les crises s'accompagnaient de miction involontaire; actuellement, il existe seulement un besoin impérieux d'uriner après les crises.

Ces accès convulsifs, dont les périodes initiales, toniques et cloniques présentent au point de vue objectif des caractères généraux à peu près identiques, diffèrent cependant essentiellement (et la malade en a fait spontanément la différence) : d'une part, par le degré de lucidité et de conscience qui les accompagne ou fait défaut suivant le cas; d'autre part, par l'absence ou la constatation d'amnésie consécutive aux accès. Chez notre malade, en effet, nous pouvons observer deux types de crises convulsives. Les unes, les plus nombreuses, s'accompagnent des caractères classiques d'inconscience et d'amnésie : la malade perd connaissance aussitôt après, la sensation de coup de poignard au cœur qui termine l'aura, et ne redevient consciente qu'après la période de stertor, n'ayant en outre conservé de sa crise d'autre souvenir que celui de l'aura initiale. Dans d'autres cas, moins fréquents, la conscience ne disparaît pas pendant l'accès convulsif : la malade se trouve dans l'impossibilité d'articuler la moindre parole, de faire le moindre mouvement, mais conserve une lucidité parfaite; elle se rend compte de tout ce qui se passe autour d'elle et, de plus, est capable, la crise terminée, d'en donner un récit exact. Nous avons pu observer personnellement trois de ces crises conscientes et mnésiques, notamment un accès convulsif survenu le 21 décembre 1911, à 6 heures du soir, et durant lequel les convulsions cloniques se succédèrent pendant près de dix minutes, entrecoupées seule-

ment à de courts intervalles par quelques convulsions toniques. Tandis que des convulsions incessantes agitaient ses membres et tordaient les traits de son visage vultueux, la malade, muette, gémissait faiblement ou grinçait des dents, conservant les yeux ouverts, les globes oculaires fixes, mais convulsés, la tête inclinée du même côté : c'était l'aspect habituel de la crise comitiale classique, et cependant la malade conserva, pendant toute la durée de la crise, sa lucidité; pleinement consciente des divers phénomènes dont elle était l'objet, elle put nous faire, quelques minutes après la fin des convulsions, une narration très complète et exacte de la scène qui venait de se dérouler, décrivant les diverses phases des paroxysmes convulsifs, rapportant des paroles prononcées par les assistants, indiquant les soins dont on l'avait entourée, désignant la personne qui avait essuyé sa bouche souillée d'écume, faisant observer qu'elle avait tenté de se tourner du côté du mur pour cacher les secousses de sa face, nous montrant sa langue qu'elle avait conscience d'avoir mordue.

Mme X... a présenté une dizaine de crises convulsives conscientes et mnésiques analogues; la première survint au mois d'octobre 1910.

Elle a d'ailleurs noté elle-même par écrit les divers symptômes subjectifs accusés par elle au cours des deux ordres d'accès :

Dans les accès où elle perd connaissance, écrit-elle, la conscience disparaît aussitôt après les battements cardiaques et le coup de poignard au cœur; elle a cependant, au moment où elle tombe, la sensation que son cerveau bouillonne, que sa tête balance et que l'écume arrive à sa bouche : après, dit-elle, tout est fini.

Dans les accès où la lucidité est conservée, elle affirme souffrir davantage : les battements cardiaques de l'aura sont plus intenses (il lui semble que son cœur bondit dans la poitrine), puis elle entend comme un roulement, un bruit terrible dans son cerveau qui lui paraît bouillonner; il lui semble ensuite que son cerveau s'entr'ouvre et qu'en même temps son cœur se gonfle et l'étouffe. Elle assiste impuissante aux « secousses nerveuses », qui ne peuvent, dit-elle, s'éteindre que d'elles-mêmes, malgré toute sa volonté tendue pour les arrêter. Elle indique qu'il lui est loisible,

durant ces secousses, et malgré les phénomènes douloureux dont elle est l'objet, de comprendre ce que l'on dit autour d'elle et d'observer ce qui se passe devant ses yeux. Mais la malade reste incapable de tout mouvement, même de mouvements oculaires, et ne peut apercevoir que ce qui se passe dans le champ à peu près immuablement fixé de sa vision.

Après ces crises lucides, elle ressent, ajoute-t-elle, une sensation d'abattement et d'anéantissement beaucoup plus marqué, à son avis, qu'après les crises où elle perd connaissance. Elle éprouve le besoin impérieux d'uriner.

Ainsi, chez une malade épileptique depuis environ cinq ans et internée à l'occasion d'un accès confusionnel, nous pouvons observer actuellement, à côté des crises convulsives à caractères classiques, des crises convulsives atypiques, qui diffèrent des premières par la conservation de la conscience pendant l'accès et la persistance consécutive des souvenirs.

Ces crises conscientes et mnésiques présentent les autres caractères classiques des accès d'épilepsie. Tout clinicien qui observerait, en effet, notre malade, pendant une de ces crises conscientes, serait porté à la considérer comme privée de connaissance; et cependant le récit fait ultérieurement par elle-même des diverses circonstances qui ont accompagné sa crise indique que la conscience n'a jamais disparu. Il est en outre intéressant de noter que, pendant ses crises convulsives, la malade ne présente aucun trouble des fonctions sensorielles; elle assiste à ses convulsions sans pouvoir les arrêter; elle se trouve dans l'impossibilité de faire le moindre mouvement volontaire; elle éprouve enfin la sensation bien spéciale que « son cerveau bouillonne et va faire éclater son crâne ».

M. VIGOUROUX. — M. Marchand a signalé que cette malade a été, à un moment donné, albuminurique. Ne présente-t-elle plus actuellement aucun symptôme d'insuffisance rénale?

M. MARCHAND. — Je ne pense pas que l'on puisse admettre chez cette malade une insuffisance rénale. Je n'ai jamais constaté chez elle les petits signes du brightisme ou des

accidents urémiques tels que céphalée, accès d'oppression, troubles gastriques, œdème des membres inférieurs. Depuis l'accès de confusion mentale présenté par la malade à son entrée à Saint-Maurice, et au cours duquel on nota une albuminurie légère, les urines ont été examinées très souvent; on n'y a jamais décelé d'albumine. D'ailleurs, notre malade se comporte comme une épileptique ordinaire; outre ses accès, elle a des vertiges et des absences; les crises convulsives ne sont pas suivies de période comateuse.

Les attaques convulsives urémiques s'accompagnent toujours d'autres accidents urémiques et nous aurions pu les constater facilement chez notre malade, qui a parfois plusieurs accidents épileptiques par mois.

M. TRUELLE. — Les crises, chez votre malade, sont actuellement rares?

M. MARCHAND. — Depuis qu'on l'a bromurée, les crises sont devenues bien plus rares; les crises conscientes sont apparues après le traitement.

M. TRUELLE. — Je vous pose cette question parce que chez un malade que j'observe, épileptique tardif, ancien syphilitique, il est vrai, le bromure n'a eu aucune influence sur les crises.

M. VIGOUROUX. — Cette malade pose, je le répète, un problème de pathogénie difficile à résoudre à cause de son otite ancienne et de ses antécédents rénaux; il y aurait lieu, par un examen urinaire complet, d'éliminer l'urémie et de discuter l'hypothèse d'une lésion circonscrite de méningo-encéphalite.

M. ROGUES DE FURSAC. — A propos de crises conscientes que les auteurs ont observées chez leurs malades, je désire rappeler le cas d'un épileptique qui présentait par intermittences des phénomènes myocloniques et chez qui, un jour, des secousses myocloniques subintrantes se succédèrent en grand nombre sans que le malade perdit un instant la conscience, réalisant un véritable accès d'épilepsie consciente. La malade de MM. Marchand et Petit n'a-t-elle pas présenté quelque chose d'analogue ?

M. MARCHAND. — Les phénomènes observés par nous ne ressemblent pas à ceux que rappelle M. Rogues de Fursac; ils surviennent par crises d'une durée de quelques minutes, et dans leur intervalle la malade ne présente aucune secousse myoclonique.

M. A. MARIE. — J'ai observé un cas offrant avec celui de M. Marchand quelques similitudes.

L'épilepsie était demi-consciente. Il s'agit d'une jeune fille à épilepsie prépubère.

Le Docteur Reymond la crut hérédospécifique et la traita au mercure sans résultat.

Elle sentait venir les crises et frappait à la cloison de son lit pour appeler, elle demandait qu'on lui serrât la main droite ou qu'on la liât pour arrêter sa crise, et elle parlait parfois pendant, ou bien après, signalant des faits qui s'étaient passés au cours de l'accès (à ce moment elle était bromurée). Traitée à Zurich par la psycho-analyse et l'hypnose, elle eut un changement notable des crises. Toute la partie consciente disparut, et le traitement fut désastreux, car, ne sentant plus venir les accès et n'étant plus avertie, elle eut des crises terribles, avec morsures, miction et amnésie. Certaines furent très dangereuses et se produisirent sur la voie publique, au grand effroi de l'enfant et de la famille.

En dernier lieu, la communication récente de M. de Fleury fit adopter la cure lacto-végétarienne avec ferment bulgare, et tout disparut. La date récente de la pseudocure doit rendre réservé, mais l'interruption des accès fait repenser à l'origine hystéropathique ou mixte, que la cure de Zurich semblait indiquer. Cependant, ici, le bromure rendit amnésiques les crises jusqu'alors mnésiques, à l'inverse du cas de M. Marchand.

OBSERVATION XVI.

(CLARK, 1921.)

Voici ce que nous dit un malade de Clark : « Quand une crise de petit mal survient, je peux habituellement me contrôler moi-même et poursuivre une conversation ou mes occupations du moment, quelles qu'elles soient.

» Ces crises passent inaperçues aux yeux des autres, et pour moi il y a simplement une sorte de tourbillon dans mon esprit. Cela dure seulement une seconde, après quoi je me sens tout comme avant. »

OBSERVATION XVII.

(CLARK.)

Un autre dit : « Je me mets en garde contre moi-même lorsque se produit l'absence, et un sentiment d'étonnement me domine. Je me demande : Qui suis-je ? pourquoi suis-je ici ? pourquoi le monde semble-t-il autre ? Comment ai-je pu faire pour arriver ici ? Ce sentiment dure seulement quelques secondes, mais cela n'arrive jamais quand je suis activement engagé dans un travail auquel naturellement je m'intéresse. Mais cela survient durant les périodes où je me trouve oisif. »

OBSERVATION XVIII.

(CLARK.)

Un troisième malade déclare : « Pendant la durée de l'état confus « d'enchantement », j'ai le sentiment que je ne dois laisser personne deviner qu'il y a en moi quelque chose d'anormal et que je dois à tout prix tenir mon équilibre. Cet état peut survenir n'importe quand, lorsque je suis occupé ou non, et tant qu'il persiste je pense à ce que j'avais l'intention de faire, à une tâche que j'aimerais accomplir ou à une tâche en cours d'exécution au moment où sur-

vient « cet état magique ». J'éprouve le désir de conserver mon intérêt, et mon attention se trouve entièrement concentrée sur mon moi. »

OBSERVATION XIX.

(CLARK.)

Un quatrième patient déclare : « Plusieurs états légers épileptiques se succédant, je sens que je ne dois les laisser voir à personne. Si je m'aperçois bien de ce qui m'arrive, je ne peux cependant pas intervenir et je n'ai même pas le désir de le faire. J'ai tendance à penser qu'il s'ajoute à mes sentiments un certain sentiment plus ou moins désagréable, mais je ne peux pas l'établir, et je ne peux pas définir ce qu'il a de désagréable. D'autres fois, je sens, quoi qu'il arrive, ce qu'il sera. J'ai l'impression alors de pouvoir décrire ce qui doit arriver, que j'ai le pouvoir de dire à l'avance les événements à venir, comme si je dominais tout.

» D'un autre côté, il y a un autre sentiment qui survient, suivant ces états de trouble léger : c'est celui de m'être trompé; quoi que je fasse et quoi qu'il puisse être dit ou fait, j'ai le sentiment que c'est mal. Ce sentiment est survenu tout récemment à la suite d'une série de petites attaques. »

OBSERVATION XX.

(CLARK.)

Enfin, un autre patient déclare : « Je peux toujours contrôler mes attaques, à condition que j'en ai vraiment besoin. Sinon, je les laisse aller et je m'en trouve mieux. Après je me sens tranquille, apaisé et libre de toute tension d'esprit. C'est une satisfaction intime profondément enracinée en moi. »

OBSERVATION XXI.

(CLARK.)

Un de mes petits malades, atteint d'une épilepsie continue et tenace, donne une description de ses attaques de petit mal ainsi

qu'il suit : « Dès que cet « état magique » survient, je rêve à quelque chose de bien loin. Mes idées sont toutes brouillées, comme lorsque je rêve étant endormi, ou bien comme lorsque je suis en partie de plaisir et qu'un grand nombre d'enfants m'entoure pour jouer aux Indiens. Mais d'ordinaire, je me sens voler en l'air ou quelque chose d'approchant. J'ai la sensation d'une agréable navigation, et ce n'est jamais ennuyeux. [Le petit Anglais dit « très chic ».] Plus intenses et plus longs sont ces rêves et ces sortes de voyages, et plus satisfait je me sens être.

» J'erre aussi et flotte au loin et je m'écarte à ma fantaisie dans l'une ou l'autre direction, en jetant par-ci par-là un coup d'œil sur ce qui m'intéresse. Je me rappelle seulement du commencement et de la fin des plus intenses parmi ces états de « grand mal », et c'est dans les plus modérés que j'ai les rêves les plus précis. Je choisis alors parmi les choses qui m'entourent et les transforme en tout ce qu'il y a de plus bizarre et de fantastique : je pense que les individus qui tournent autour de moi sont de véritables arbres, leurs paroles de l'eau courante.

» A mesure que je m'enfonce plus profondément dans une attaque intense, le rêve devient plus confus et même se brouille complètement. Lorsqu'il se dissipe graduellement, je me trouve alors couché dans l'herbe. Je me laisse flotter sans avoir à bouger et mes sentiments sont tels que je ne me soucie plus de rien. A ces moments, tout est si plein de paix et de tranquillité que je me sens très heureux, comme si je n'avais besoin que de me laisser aller et si je n'avais qu'à respirer. »

OBSERVATION XXII.

(CLARK.)

Un autre exemple est celui d'une jeune femme dont les crises de grand mal se sont montrées depuis la puberté. Elle nous a très volontiers affirmé qu'à son avis, les petites attaques étaient les plus désirables et qu'elle encourageait leur venue, surtout quand elle était seule, et particulièrement dans son lit. Elle les trouvait

alors pleines d'agrément, reposantes, délassantes, apaisantes, un peu analogues au plaisir que l'on éprouve à se laisser aller au sommeil.

Elle tirait alors les couvertures par-dessus sa tête, de façon à mieux déguster ce plaisir, et, s'il survenait quelqu'un dans la chambre qui tentait de la secouer et de distraire son attention, elle se mettait en colère et disait : « Ne pouvez-vous pas me laisser tranquille ? Je ne vous veux pas avec moi. » Nous avons une description plus complète des événements restés vaguement dans sa mémoire, durant cette sorte de crise et presque identiques. Dans ces états, qui sont d'ailleurs d'acuité modérée, elle dit invariablement : « Oui. » « Je suis tout à fait bien. » « Pourquoi ? » « Certainement », ceci étant une manifestation parfaite du désir qu'elle a d'écarter quiconque pourrait essayer de faire en sorte d'enrayer le cours de ses sensations.

OBSERVATION XXIII.

(CLARK.)

Un autre épileptique, parmi mes malades, est un homme de 30 ans sujet à une désagréable sensation d'assoupissement après le dîner. A ce moment, il voudrait pouvoir se permettre de s'évader dans une douce rêverie et il sent alors comme s'il s'en allait dans l'espace. Il est vaguement conscient de ce qui se passe autour de lui; il sait très peu où il est et ce qu'il fait. C'est un état de détachement de la réalité, un état de léthargie dans lequel la vie intime est plus grande. C'est un peu un rêve éveillé (comme le dit Clark en anglais), aussi commun que ceux qui ne sont nullement épileptiques. Et ce qui lui donne une importance pathologique c'est que lui ne peut être dirigé par le sujet. Ce glissement momentané hors du champ du contrôle conscient semble commandé par une force intérieure, et cet épileptique semble faire abstraction des choses courantes qui nous arrivent tous les jours. Il ressent souvent le sentiment que les gens de son entourage sont comme dans un rêve; il n'y a que lui qui soit le centre de tout, et tout gravite autour de lui.

OBSERVATION XXIV.

(E. MORTIMOR.)

F... (André), âgé de 17 ans. Maison de santé de Ville-Evrard.

D'après les renseignements fournis par la famille et le certificat de placement, nous savons qu'il est atteint, depuis dix ans environ, de troubles nerveux de nature comitiale, consistant en crises convulsives, vertiges et fugues.

Depuis un an environ, et semble-t-il sous l'influence d'un traitement par le gardénal, les crises convulsives ont cessé complètement. Elles ont été remplacées par des pertes de connaissance sans chutes ni convulsions, que nous croyons pouvoir étiqueter absences.

Le malade s'interrompt subitement au milieu de ses occupations; sa face pâlit et exprime de l'égarement. A ce moment, il reste parfois immobile, mais, le plus souvent, fait quelques pas devant lui à une allure lente et naturelle. Interrogé, il ne répond pas, mais se laisse conduire docilement vers un siège où il s'assied. L'absence se termine après une durée variant de dix secondes à une minute.

Si l'on interroge immédiatement le malade, il répond sans plus de difficulté ni de lenteur qu'avant l'accident. Prié de le définir, il raconte qu'il s'est senti « tout drôle et qu'il a marché droit devant lui sans savoir comment ». Il ne sait ou ne peut expliquer pourquoi il n'a pas répondu aux questions qu'on lui posait, mais se souvient de ces questions.

En général, lorsqu'on revoit le malade une heure après, il a complètement oublié sa perte de connaissance. Parfois le souvenir en persiste plus longtemps, mais rarement plus de vingt-quatre heures.

OBSERVATION XXV.

(CLAUDE et BARUK.)

Mlle G..., 31 ans. Il y a six ans, cette malade a commencé par présenter des absences très caractéristiques : brusquement, au

cours de son travail, d'une conversation, elle reste immobile, le visage vague et très pâle, sans répondre. La crise ne dure que quelques secondes. Elle n'en a aucun souvenir. Parfois ces malaises s'accompagnent de gestes que lui ont décrits les personnes qui assistaient à la crise : tantôt c'est un mouvement de la jambe gauche, mouvement que l'on peut comparer à celui « d'un enfant qui s'amuserait à lancer sa jambe », tantôt c'est un mouvement de la main « comme pour écarter un objet »; tous ces mouvements ont lieu toujours du côté gauche. Ils sont extrêmement courts (quelques secondes) et ne laissent aucun souvenir.

Parfois enfin, la crise débute par l'impression d'un mauvais goût dans la bouche et par des mouvements de mastication dont la malade n'a d'ailleurs nullement conscience. Ces malaises présentèrent, dès le début, une fréquence variable (tantôt trois à quatre jours, parfois un malaise tous les trois ou quatre jours); ils ont toujours persisté avec les mêmes caractères jusqu'au moment où la malade a été traitée par le gardénal.

Antécédents. — Convulsions dans l'enfance (durant les deux premières années); dans la seconde enfance, la malade aurait eu également quelques crises nerveuses, dont elle ne peut définir exactement les caractères, mais qui avaient complètement disparu vers l'âge de 10 à 12 ans.

Pas d'autres affections; à signaler toutefois l'existence de crises de coryza spasmodique.

Deux frères bien portants. Père et mère bien portants.

Examen neurologique et viscéral entièrement. — T. A. : 15-8 au Pachon.

Evolution des crises pendant le traitement par le gardénal. — La malade prend du gardénal, d'abord irrégulièrement, puis depuis dix-huit mois régulièrement (0 g. 05 par jour).

Depuis un peu plus d'un an, les crises se modifient : elles débute d'abord par une « sorte de frémissement, exactement comme un frisson, comme lorsqu'on a froid », qui part de l'estomac et qui semble monter jusqu'à la tête, puis, tout à coup : « j'ai la tête qui s'embrouille, dit-elle, et je me revois à mon travail ou dans un autre lieu tout à fait différent de celui où je suis »; par exem-

ple, une fois, le malaise l'a saisie chez elle alors qu'elle était en train de lire, et elle s'est retrouvée tout d'un coup à son atelier où elle travaille, « comme par l'imagination », mais ce fut extrêmement court, « l'instant de le dire, c'est fini »; parfois il existe en même temps « une petite grimace des mâchoires ».

Les crises ont pris peu à peu cet aspect de crises oniriques très courtes, mais restent toujours fréquentes, à peu près quotidiennes, souvent plusieurs fois par jour.

6 avril 1930 : On augmente la dose. La malade prend, à partir de cette date, chaque jour 5 centigrammes de gardénal le soir, plus 5 centigrammes de rutonal le matin.

14 avril : Le frémissement avertisseur de la crise a disparu. « Le malaise se passe uniquement dans ma tête, dit-elle, mais est beaucoup moins fort. » Elle peut maintenant continuer à s'occuper, sans qu'on s'aperçoive du malaise. Les clients ont parfois l'impression seulement qu'elle n'a pas bien compris. Les malaises ont le même caractère, mais plusieurs fois la *malade a eu l'impression qu'elle a pu arrêter un malaise qui commençait en pensant à une chose gaie.*

On prescrit alors 10 centigrammes de gardénal le soir plus 5 centigrammes de rutonal le matin.

23 avril : Pas un seul malaise depuis le 14 avril. On note seulement une envie de dormir après les repas, une « lourdeur dans la tête comme quand on a trop mangé ». En outre, une nuit, durant cette période, elle a été réveillée brusquement avec l'impression « comme d'un étourdissement, dit-elle, comme si je n'étais plus là, ou que je ne sache plus ce que je voulais faire »; on n'a pas signalé de gestes.

A noter en outre l'existence d'une constipation qui a succédé à l'existence habituelle de selles molles et très abondantes.

On prescrit 15 centigrammes de gardénal par vingt-quatre heures.

7 mai : La somnolence a complètement disparu. Un seul malaise à la suite d'une fatigue assez grande et de contrariétés : brusquement la malade a eu l'impression que son malaise commençait, au même moment elle a senti qu'elle articulait la bouche et qu'elle remuait le bras.

« J'avais l'impression, dit-elle, que mon bras et ma bouche marchaient, mais c'était absolument indépendant de ma volonté. C'était comme si je recevais une décharge. »

En résumé il s'agit, chez cette malade, d'absences épileptiques avec gestes, absences absolument inconscientes et amnésiques. Au début, en effet, suivant l'expression de la malade, elle « ne se rendait absolument pas compte des gestes et des grimaces qu'elle faisait. Elle ne le savait que parce qu'on le lui disait ».

A la suite du traitement à doses progressives par le gardénal et le rutonal, ces absences se transforment en *crises oniriques*, extrêmement brèves, qui deviennent de moins en moins fortes, et ont pu peut-être même (?), à certains moments, être partiellement arrêtées par une diversion psychique volontaire. En outre, est apparue une crise de gestes très différente des crises précédentes, et ayant les caractères d'un *automatisme moteur conscient et amnésique*, la malade assistant au déplacement de son bras et de ses mâchoires, déplacement qui lui semblait être provoqué en dehors de sa volonté, « comme un phénomène, dit-elle, que l'on subit ».

OBSERVATION XXVI.

(CLAUDE et BARUK.)

Ch... (M.), 20 ans. Malade vu pour la première fois en novembre 1929.

Depuis deux ans, la malade présente des absences très caractéristiques : brusquement, souvent en mangeant, le visage devient extrêmement pâle, le facies étrange et absolument immobile. Le tout est très bref (une ou deux secondes) : le malade revient aussitôt à lui, et, en général, en même temps que la figure se recoloré, apparaît une *salivation* intense, mais courte. Parfois, au cours d'une absence de ce genre, le malade fait un ou deux gestes, renverse une tasse, laisse tomber sa fourchette.

Fréquence variable : en moyenne un malaise tous les deux à trois jours. Le malade n'est jamais resté, depuis deux ans, plus de treize jours sans crises. *Amnésie absolue*.

Dans les antécédents : Convulsions à 10 mois; quelques crises nerveuses ébauchées dans l'enfance. A été à l'école, pas de retard scolaire; pas d'autres maladies.

A l'examen, on note quelques déformations craniennes (crâne irrégulier, voûte palatine très ogivale).

Examen neurologique et viscéral entièrement négatif à l'exception d'une *mydriase* très accentuée et d'une *bradycardie* également accentuée (46 pulsations par seconde), mais qui disparaît immédiatement après la marche ou l'effort musculaire. Depuis deux ans, le malade a été traité par divers médicaments, mais très irrégulièrement (a pris de temps en temps un peu de gardénal, mais pas de façon suivie).

Evolution des symptômes durant le traitement par le gardénal ou le rutonal :

10 novembre 1929 : On donne 0 g. 20 de rutonal par vingt-quatre heures et 1/2 milligramme d'atropine *per os*.

20 novembre : Encore deux absences avec les mêmes caractères que précédemment. On passe à 0 g. 40 de rutonal et on supprime l'atropine.

17 décembre : Aucun malaise; depuis deux ans le malade n'avait jamais eu une aussi longue période sans absences. L'état général est meilleur; le facies plus coloré; pouls, 64 par minute (bien qu'on ait cessé l'atropine depuis le 20 novembre); on continue le même traitement.

25 janvier : A la suite d'un voyage et d'une nuit passée en chemin de fer, a présenté trois malaises, mais d'aspect différent des précédents. Le dernier a été particulièrement bien observé par la mère du malade. Brusquement pendant le repas, les yeux sont devenus « vagues », l'expression de la physionomie a été totalement changée; on notait en outre quelques tressaillements de la face du côté gauche, puis soudain le malade se mit à tourner son assiette dans ses doigts excessivement vite. A ce moment il dit à sa mère : « Qu'est-ce que tu as à me regarder ? » Le tout a été extrêmement court et n'a pas duré une minute, dit la mère. Vive pâleur de la face aussitôt après le mouvement.

Le malade ne se rappelle pas du tout avoir parlé à sa mère pen-

dant la crise, mais il a conservé le souvenir qu'il a eu une crise et se souvient même vaguement d'avoir tourné son assiette dans ses doigts.

On prescrit alors 45 centigrammes de rutonal plus 5 centigrammes de gardénal par vingt-quatre heures.

15 février : Plusieurs crises, mais l'aspect s'est encore modifié. Sa mère, qui l'observe avec le plus grand soin, nous décrit ses crises de la façon suivante : « Brusquement, son expression changea, il se mit à tirer sur son vêtement, comme s'il cherchait à attacher quelque chose. » Sa mère lui dit alors : « Que fais-tu ? ». Il répondit : « Je cherche à attacher mon tablier. » Tout cela a été très court, peut-être une minute.

Quant au souvenir de la crise, interrogé à ce sujet, le malade répondit : « Je me rappelle très bien qu'il m'était venu tout d'un coup à ce moment l'idée que j'avais un tablier à attacher. C'était absolument comme un rêve. A la fin de la crise, tout cela a disparu brusquement au moment où je suis revenu à la réalité. »

On prescrit *pro die* : 0 g. 10 de gardénal plus 0 g. 50 de rutonal, en deux fois (une prise le matin, une le soir).

24 février : Encore un malaise analogue au précédent. On prescrit alors 0 g. 70 de rutonal plus 0 g. 05 de gardénal (ce qui correspond à 0 g. 40 centigrammes de gardénal en tout *pro die*).

5 mars : Plus de malaises. Va bien.

12 avril : Toujours pas de malaises. Légèrement somnolent après les repas, mais travaille régulièrement dans une maison de commerce et accomplit très régulièrement et correctement son travail.

En résumé, ce malade, qui présentait des absences épileptiques avec gestes absolument inconscients et amnésiques, a parcouru, sous l'influence du gardénal et du rutonal à doses progressives, les étapes suivantes :

1° Des crises d'automatisme moteur et verbal avec une conscience partielle : le malade a pu prononcer pendant sa crise des paroles adaptées, demandant à sa mère pourquoi elle le regardait ainsi, mais il n'a eu aucun souvenir des paroles qu'il avait prononcées.

2° A un stade plus avancé dans le traitement, il a présenté de

l'automatisme psychologique et psychomoteur typique caractérisé par l'apparition simultanée de l'idée et du geste correspondant à cette idée. Cette projection idéomotrice se produisait automatiquement; elle s'accompagnait, non d'une suppression, mais d'une modification de la conscience, donnant l'impression du rêve, en même temps que se produisait brusquement l'impression de la perte de contact avec la réalité; perte de contact imposée au malade par l'accès comitial et cessant immédiatement avec la fin de l'accès.

3° A un stade ultérieur, après encore augmentation de la dose, disparition complète des malaises.

OBSERVATION XXVII.

(CLAUDÉ et BARUK.)

G... (Gust.), 40 ans.

Au cours de notre premier examen, alors que nous commençons d'interroger le malade, nous avons observé la crise suivante, que nous avons pu noter avec tous ses détails. Le malade commençait de raconter son histoire et parlait de son enfance. « Voyez-vous, docteur, disait-il, j'étais au lycée un élève brillant, toute mon activité s'est... » Au même moment et brutalement le facies devient extrêmement pâle, le malade détourne la tête et allonge le bras droit dans une sorte de mouvement d'abduction, la physionomie prend un air étrange : le regard devient fixe, les yeux absolument inexpressifs, véritable aspect de *statue sans vie*, puis apparaissent quelques mouvements de la mâchoire et quelques mots entrecoupés de soupirs : « Ah oui !... ah oui !..., c'est aux environs de la ville... »

Le malade exécute alors automatiquement tous les ordres (tirez la langue, levez le bras). Il nous regarde ensuite d'un air étrange, le regard fixe, et dit : « Que me voulez-vous, Monsieur ? qui êtes-vous ? » Puis surviennent quelques soupirs, le visage se recoloré, le malade reprend la conversation au point où il l'avait laissée. La crise a duré exactement deux minutes. Le *malade n'a absolu-*

ment aucun souvenir de ce qui s'est passé. Il est tout surpris lorsqu'on lui annonce qu'il vient d'avoir un malaise.

La conversation reprend, mais le malade paraît très fatigué. D'autre part, il répète continuellement les mêmes choses, comme s'il oubliait sans cesse ce qu'il vient de dire. Par exemple, il dit à un moment donné : « Ah ! figurez-vous, docteur, une chose étrange, ah ! il n'y a pas grand mérite à cela, je ne peux pas voir un numéro sur le capot d'une auto sans additionner les chiffres pour voir si c'est un multiple de 9. » Quelques minutes après, le malade recommença : « Ah ! figurez-vous, docteur, etc... », et emploie la même phrase avec exactement les mêmes termes. Nous lui faisons remarquer qu'il l'a déjà dit. Il en paraît très surpris. Malgré cette remarque, quelques instants après, il recommence encore la même phrase, sans changer un mot, et ce fait se reproduit jusqu'à quatre fois, avec les mêmes gestes et le même sourire stéréotypé.

Histoire de la maladie. — Début des crises il y a trois ans. Les premières crises étaient caractérisées par « des moments d'inconscience ». Brusquement, le visage changeait et le malade émettait des paroles incohérentes : « D'après ce que l'on m'a dit, dit le malade, c'étaient des réflexions stupides, des paroles dépourvues de sens, par exemple je demandais, paraît-il, où était ma sœur, morte depuis dix ans. » Aucun souvenir de ces accès. Le malade affirme, d'autre part, qu'il n'entendait pendant les accès absolument rien de ce qui se passait autour de lui, il ne savait qu'il avait eu un malaise que par les réflexions de ses parents ou, parfois, par l'impression extrême de fatigue qui suivait l'accès.

Peu à peu, ces accès devinrent plus fréquents, bientôt quotidiens. Leur aspect n'était pas toujours identique. A plusieurs reprises, le malade se déshabilla soudain, ses parents le trouvèrent complètement nu, le regard étrange. Cela ne durait qu'un instant. Il revenait à lui, sans souvenir de ce qui venait de se passer.

Pas d'accès convulsifs.

Antécédents : Toujours chétif, très brillant intellectuellement. Depuis dix-huit ans, le malade était atteint de *tuberculose pulmonaire*, pour laquelle il s'est soigné depuis lors de façon continue,

et avec plusieurs poussées évolutives très nettes. Depuis quelques années, *l'état pulmonaire s'est amélioré, en même temps qu'apparaissaient les troubles nerveux.*

Migraines fréquentes et intenses entre 15 et 25 ans. Ont disparu depuis. Pas de convulsions dans l'enfance.

Antécédents héréditaires chargés. Père alcoolique, mort de laryngite tuberculeuse. Une tante s'est suicidée. Cousine internée. Mère très nerveuse.

Examen neurologique entièrement négatif. Fond d'œil normal (Dr Dubar). Wassermann négatif dans le sang.

Teint bronzé. Aspect fatigué. Actuellement, pas d'expectoration ni de signes de poussée évolutive pulmonaire.

Evolution des symptômes pendant le traitement par le gardénal :

Depuis un an, le malade prend régulièrement du gardénal (0 g. 10). Il n'a presque plus de « crises inconscientes », mais, suivant sa propre expression, des « crises conscientes ». Ces crises conscientes consistent comme dans une « réminiscence de rêve ». Il passe brusquement de la réalité au rêve, mais c'est très court. Parfois, le rêve consiste dans l'impression du « déjà vu ». Cette impression du « déjà vu » constituait d'ailleurs depuis longtemps très souvent l'aura de la crise. C'est ainsi qu'avant la crise à laquelle nous avons assisté le malade avait eu avant d'entrer dans notre cabinet de consultation l'impression que la salle d'attente lui était connue : il lui semblait reconnaître les meubles. Or, c'était la première fois qu'il voyait les lieux. Cette impression du déjà vu survenait brusquement, s'accompagnait d'une anxiété spéciale; le malade luttait, mais, malgré ses efforts, la crise survenait.

Actuellement, la même impression du déjà vu se produit encore, mais le malade peut, dit-il, *la faire disparaître par un effort de volonté*, et la crise ne survient pas.

A noter qu'en dehors de ces phénomènes paroxystiques, le malade présente de temps en temps de très petites ébauches confusionnelles, comme on en voit dans la psychasthénie. Par moment, il reconnaît très mal certaines personnes. Il lui faut faire un gros effort pour identifier certaines physionomies bien connues.

Il lui est arrivé récemment de demander son nom à une personne qu'il rencontrait tous les jours. Il existe d'ailleurs, par intervalles des idées obsédantes, de la monomanie, etc.

Nous avons augmenté progressivement la dose du médicament et porté le traitement quotidien à 0 g. 10 de gardénal le soir et 0 g. 20 de rutonal le matin. Malheureusement, le malade est parti en province, et nous n'avons pu le revoir. Voici cependant un passage d'une lettre où il détaille son état : « Je n'ai jamais revu ces petits moments d'inconscience qui vous inquiétaient. Mais, deux fois par jour en moyenne, ces sortes de réminiscences de rêve, ces malaises nerveux dont vous possédez la description, sensibles à peine à mes parents, imperceptibles à tous les autres.

» Tout au plus, parfois, mes amis s'étonnent-ils d'un geste imprévu : je porte mes mains à ma tête, je me lève, je hâte le pas... *mais il me suffit d'un effort de volonté pour chasser cette impression pénible de deux ou trois minutes.* Elle me prend en tous lieux : dans la rue, dans un magasin, chez quelque relation, parfois aussi la nuit, au cours d'un bref moment d'insomnie. »

Cette observation est intéressante à plusieurs titres : tout d'abord, elle comporte la description d'une absence comitiale établie non d'après les commémoratifs (ce qui est le cas habituel), mais par l'observation directe : l'aspect du facies était, en particulier, très frappant, et l'absence totale d'expression, l'aspect de statue ou de cadavre, en un mot, la dépersonnalisation du visage durant cet accès, n'est *comparable, à notre avis, qu'au facies de certains états hébéphréniques ou catatoniques.* Les stéréotypies verbales qui suivirent l'accès sont également à rapprocher des stéréotypies des déments précoces; malgré les avertissements répétés, le malade recommençait toujours le même exposé, comme ces catatoniques qui gardent à chaque fois le bras en l'air, bien qu'on leur ait répété qu'il n'y avait pas lieu de le garder. Enfin, l'exécution ponctuelle des ordres, malgré un état d'inconscience apparent, constitue une analogie de plus entre ces deux états, analogie que nous ne faisons que signaler en passant.

Le point sur lequel nous désirons insister surtout, c'est la trans-

formation, sous l'influence des doses croissantes, d'absences épileptiques inconscientes, amnésiques et indépendantes de la volonté, *en accès très courts d'onirisme, accès susceptibles, semble-t-il, d'être partiellement dissipés sous l'influence de la volonté.*

OBSERVATION XXVIII.

(Personnelle.)

F... (Madeleine), rempailleuse de chaises, âgée de 32 ans 1/2, est placée à Château-Picon dans le service de M. le Professeur agrégé Perrens, où nous l'avons longuement examinée.

Elle ne nous signale rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Son père, âgé de 60 ans, et sa mère, âgée de 50 ans, se portent aussi bien que possible, et rien dans leur aspect actuel, rien non plus dans leur passé ne révèle de tares nerveuses. Ils ont eu quatre enfants : une fille aînée, morte en naissant, de cause inconnue; une autre fille mariée sans enfant et qui ne présente aucune affection mentale ou nerveuse; notre malade; un garçon de 16 ans 1/2, maintenant vigoureux et psychiquement normal.

Madeleine F..., née à terme, se développa dans les meilleures conditions. Après sa formation, à 14 ans 1/2, elle eut, pour la première fois de sa vie, de grandes crises comitiales accompagnées de perte de connaissance, de morsure de la langue et de mictions involontaires. Son père était alors parti pour la guerre. Elle invoque, pour expliquer l'origine de ses crises, le tourment où l'avait mise ce départ, la croyance obsédante à l'impossibilité de son retour. A partir de ce moment et pendant plusieurs mois, les crises reparurent par série de deux ou trois, un peu avant l'arrivée des règles. Dans leur intervalle, elle se montrait irritable, coléreuse, impulsive, tout en travaillant d'une manière satisfaisante. Mais elle devint enceinte. Durant toute sa grossesse, son irritabilité ne fit qu'augmenter. Elle se déchaîna plus brutalement encore après l'accouchement : « La vue de mon enfant me rappelait ce que j'avais fait. » Le père de l'enfant se déroba : elle le poursuivit, multiplia les scandales, tomba dans un véritable état de fureur. Il fallut l'inter-

ner en mai 1924. L'éloignement, la thérapeutique instituée, la calmèrent, si bien que l'impulsivité et les crises disparurent. Elle sortit de Château-Picon en février 1925, mais, ne se soignant pas, ayant l'occasion de rencontrer celui qu'elle pensait être le père de son enfant, ses crises et ses accès de colère reparurent et devinrent de plus en plus nombreux. On dut l'interner de nouveau, le 3 janvier 1926, après une tentative de suicide.

A cette époque ses crises étaient en effet très fréquentes et elle se montrait instable, agitée, violente. Depuis il s'est produit un peu d'apaisement, bien que la situation demeure toujours grave, malgré le traitement au gardénal et les diverses précautions que l'on prend en pareil cas.

Etat actuel. — Voici le régime de ces crises pour l'année 1931 et le commencement de l'année 1932 :

Janvier 1931.....	7
Février	7
Mars	4
Avril	8
Mai	3
Juin	4
Juillet	16
Août	8
Septembre	9
Octobre	13
Novembre	12
Décembre	14
Janvier 1932	12
Février	18

Notons que les chiffres qui précèdent indiquent seulement les grandes crises et les vertiges. Les grandes, au cours desquelles Madeleine perd connaissance, tombe, s'agite en convulsions, se mord la langue, et souvent urine sur elle, après quoi elle demeure longtemps obnubilée : ses crises ne sont pas précédées d'aura; elles surviennent soudainement sans que la malade puisse décrire

après coup le moindre malaise avertisseur. Quant aux vertiges, aboutissant à la chute avec un minimum de convulsions, ils sont parfois précédés d'une aura analogue à celle que nous allons voir intervenir dans une autre variété de crises.

Il s'agit de crises manifestement comitiales, dont le nombre est sensiblement égal aux grandes crises et aux vertiges réunis. On n'ose prononcer le mot d'absence, qui, peut-être, conviendrait mieux. Voici en quoi elles consistent : brusquement, Madeleine se sent devenir étrange, elle a le sentiment, extrêmement pénible, qu'une crise va se déclencher, qu'elle passe, à coup sûr, de son régime ordinaire à un état pathologique qu'elle connaît et qu'elle reconnaît à ce moment. Alors, elle s'immobilise un instant, et, regardant vers le lointain, il lui semble voir arriver des formes confuses, hommes ou voitures, qu'elle voudrait distinguer plus exactement. Le sentiment qu'il faut tout faire pour éviter une crise, pour que personne ne s'aperçoive de son état, la pousse à accomplir certains actes, à se baisser, à faire semblant de ramasser un objet... Mais elle ne trompe personne, ses camarades, les infirmières, tous les témoins, voient, à son regard égaré, à sa pâleur, à son regard obscurci et qui ne peut fixer les objets, aux légers mouvements de ses mâchoires, à ses mouvements saccadés et automatiques, à sa manière d'osciller sur ses jambes, qu'elle est en état de crise. S'approche-t-on d'elle pour la protéger en cas de chute imminente, elle fait un signe de tête, un geste de la main comme pour indiquer que c'est inutile, à moins qu'elle ne dise : « Ça y est, ça y est. » Tout au rebours des autres crises, qui sont suivies d'amnésie totale, Madeleine peut rendre compte de la façon dont les dernières ont évolué. Elle les oppose les unes aux autres dans les récits qu'elle en fait avec force gestes et une déclamation théâtrale et stéréotypée.

Au demeurant, notre malade présente les traits communs à tant d'épileptiques : elle est méfiante, soupçonneuse, presque constamment occupée à récriminer, à juger sévèrement ses compagnes, à les menacer. Elle est de toutes les batailles, si fréquentes dans les quartiers d'épileptiques. Mais elle pleure aussi souvent qu'elle se met en colère, change d'humeur avec une déconcertante rapidité,

s'inquiète si on ne lui parle pas, s'inquiète davantage lorsqu'on s'intéresse à elle, réclame constamment des médicaments et fait des difficultés pour prendre ceux qu'on lui donne.

Ses différentes fonctions sont satisfaisantes. Elle n'a ni paralysie ni contracture. Ses réflexes sont entièrement normaux; son état général demeure excellent.

OBSERVATION XXIX.

(M. PERRENS.)

Crises comitiales à forme d'aphasie totale.

Il s'agit d'une malade âgée de 27 ans, Jeanne C..., qui vint nous voir, en mars 1931, après avoir été soignée par différents médecins qui avaient pratiqué à son sujet les examens les plus détaillés.

Dans ses antécédents héréditaires il a été impossible de relever une tare quelconque. Son père et sa mère sont bien portants. Sa mère, à l'occasion d'une névralgie particulièrement tenace, fit faire l'analyse de son sang : le Bordet-Wassermann fut négatif.

Dans les antécédents personnels de Jeanne C..., nous ne trouvons que des maladies de l'enfance banales, pas de nervosité particulière, pas de convulsions. L'établissement des règles ne provoqua aucun trouble, le développement intellectuel et physique s'opéra de la manière la plus satisfaisante. Elle se maria à 21 ans; eut, à partir de ce moment, toutes sortes d'ennuis conjugaux, qui assombrirent son caractère et amenèrent chez elle de petites manifestations anxieuses que le divorce, après la fuite de son mari, ne parvint pas à calmer.

Le début de la maladie actuelle remonte à juillet 1927. Un beau jour, devant ses parents, Jeanne C... pâlit soudainement, perdit connaissance, poussa un grand cri, tomba, eut des convulsions, urina sur elle, après quoi elle demeura un temps considérable plongée dans le stertor. Des crises analogues reparurent tous les huit jours environ, accompagnées ou non de morsure de langue et laissant après elle de l'asthénie et de la céphalée. Pas de vomissements; la constipation, qui était habituelle, ne s'aggrava pas davantage.

En présence de pareils symptômes, il était naturel que l'on cherchât à assurer le diagnostic, en ajoutant aux données cliniques celles du laboratoire. Une première analyse, pratiquée en août 1927, donna les résultats suivants :

1° *Liquide céphalo-rachidien* : liquide clair, eau de roche.

Examen clinique :

Albumine, normale; .
Sucre, normal;
Chlorures (8 g.), normaux;
Urée, 0 g. 40;
Acétone, néant.

Numération : Moins de un élément au millimètre cube, normal.

Réaction du benjoin colloïdal, normale.

2° Examen du sang : Réaction de Bordet-Wassermann, négative,

3° Recherche de l'acétone dans les urines : négative.

Une deuxième analyse du liquide céphalo-rachidien et du sang datant de septembre 1927, une troisième de septembre 1928, confirmèrent les résultats antérieurs; une quatrième, de février 1931, donne les indications suivantes :

Liquide céphalo-rachidien clair, limpide, sans réticulum fibreux, sans culot de centrifugation visible.

Cytologie. — La numération des éléments nucléés à la cellule de Nageotte donne 0,8 éléments par millimètre cube.

Très rares éléments lymphocytaires parmi quelques globules rouges.

Bactériologie. — Rien à signaler au point de vue bactériologique.

Recherches chimiques :

Albumine, 0 g. 25;
Glucose, 0 g. 70;
Chlorures, 7 g. 02.

Réaction de Pandy (globulines) négative.

Réaction de Bordet-Wassermann négative.

En mars 1931, on pratiqua une radiographie crânienne, qui ne

permet pas de distinguer une localisation quelconque. L'examen du fond des yeux, en revanche, fit apercevoir une papille droite légèrement saillante, avec conservation de l'acuité. Et cette constatation fit penser que l'hypothèse d'une hypertension du liquide céphalo-rachidien, quelle qu'en fût la cause, pourrait être invoquée.

Jeanne C... était donc munie, quand elle se présenta à nous, des documents les plus intéressants. Elle en possédait d'autres, d'ailleurs : des radiographies de son tube digestif; une analyse des selles révélant de très nombreux kystes de *lamblia intestinalis*; une analyse de sang datant de septembre 1927, à propos de laquelle on fait remarquer que l'éosinophilie de 8 à 10 p. 100 constatée à cette époque doit être en relation avec un parasitisme intestinal.

Finissons-en avec l'examen physique de notre malade : C'est une femme solide, ayant toutes les apparences de la vigueur physique, mais constamment pâle, et qui l'a toujours été, paraît-il. Elle n'a aucune lésion du cœur ou des poumons. Malgré les précautions qu'elle prend, son intestin demeure très paresseux et la constipation est habituelle. Cela provoque chez elle des crises d'infection colibacillaire, crises rénales dues à une pyélo-néphrite droite intermittente, crise de cystite douloureuse accompagnée de mictions purulentes.

L'examen très détaillé de son système nerveux ne permet de relever aucun signe morbide. Ses pupilles sont égales et réagissent parfaitement. Ses réflexes sont normaux. La malade, qui avait autrefois des céphalées fréquentes, n'en souffre plus maintenant; elle se plaint seulement d'impression de meurtrissure dans les membres supérieurs et inférieurs, dans la colonne lombaire, de douleurs aiguës dans la région abdominale sans localisation particulière.

En mars 1931, ses crises comitiales généralisées avaient les caractères qui ont été résumés plus haut. Sous l'influence du traitement par le gardénal, 0 cg. 20 par jour associé d'abord au bromure, les crises s'espacèrent, n'apparurent que tous les mois, devinrent plus courtes, et, ensuite, se modifièrent dans leur forme. Mais nous devons dire que malgré l'accumulation d'analyses concordantes, affirmant que le Wassermann dans le sang et le liquide céphalo-

rachidien était négatif, un traitement spécifique modéré fut patiemment poursuivi.

Voici en quoi consistent les crises actuelles, que l'on voit repaître tous les mois environ. La malade prend tout à coup un air étrange et égaré, ses pupilles se dilatent, elle fait, de la main droite, un geste indiquant que sa crise survient, cherche à s'asseoir, et s'assoit en effet. Parfois, de toutes petites convulsions animent ses membres supérieurs, le droit ou le gauche indifféremment. Et cela dure de quelques secondes à une minute. Pendant toute la durée de la crise, Jeanne C... perçoit des bourdonnements dans les oreilles, elle se rend un compte très exact de ce qui se passe autour d'elle, des gens qui s'empressent, des objets qui l'entourent, et cela est si vrai que ses gestes sont tout à fait adaptés aux gestes d'autrui et qu'elle peut, après la crise, rapporter sans erreur les événements qui se sont succédé.

Mais elle est très affirmative sur ce point, et sa mère confirme ses dires. Son trouble consiste alors à être dans l'impossibilité de comprendre le moindre mot de ce qu'on lui dit et d'articuler elle-même, non pas une phrase, mais un seul mot français. Dans ses efforts pour entrer en relation avec ceux qu'elle voit parler sans les comprendre, elle prononce inlassablement d'une façon précipitée le mot : « Tifa, tifa. » Elle s'irrite de sentir que ces syllabes sans signification ne correspondent pas aux idées qu'elle voudrait exprimer, et dont il lui semble que « son esprit est plein ». Après la crise, il existe un peu de lassitude, très passagère.

CHAPITRE III

REFLEXIONS SUR LES OBSERVATIONS SYMPTOMATOLOGIE

D'après les observations que nous avons citées, nous pouvons voir dans la crise d'épilepsie plusieurs degrés de la grande crise paroxystique à la forme réduite.

Prenons la grande crise atypique. Que se passe-t-il ?

Nous avons vu que la phase convulsive peut persister pendant que le malade sent et voit. L'attention, la mémoire, sont intégralement conservées, mais ici se placent de nombreux troubles, que nous pouvons retrouver, toujours les mêmes, dans les différentes formes de crises : troubles sensoriels, troubles moteurs, troubles psychiques.

Troubles sensoriels. — Sensation de voile devant les yeux, atténuation des couleurs et des reliefs. Les rayons lumineux se tamisent, et les caractères visuels s'estompent.

Troubles moteurs. — Les convulsions sont plus ou moins localisées à une partie du corps plutôt qu'à une autre.

Troubles psychiques. — Sous forme de rêves mystiques, monstrueux, agréables, etc. et qui sont une progression, nous semble-t-il, vers la confusion épileptique.

Mais c'est surtout l'absence qui nous intéresse et qui semble attirer l'attention de ceux qui se sont occupés de ces questions.

Pendant ces absences, le malade, à un premier stade, bien qu'il ne conserve point une conscience nette, semble pouvoir accomplir des actes adaptés aux circonstances et, plus encore, faire preuve d'une certaine « finesse ».

Hartenberg cite des malades qui peuvent continuer à se

gratter, tirer leur montre, déboutonner leurs vêtements, enlever leurs chaussures, se déshabiller. « Un pianiste, surpris par une absence, continue à jouer. Un chanteur continue à chanter. Une jeune fille que j'ai traitée, dit-il, lorsqu'elle est prise de son malaise à bicyclette, continue à pédaler, mais en se dirigeant mal, en sorte que lorsqu'elle reprend connaissance, elle se rend compte qu'elle vient d'être malade, en constatant qu'elle a dévié de la ligne droite.

» Un de mes patients, employé des postes et affecté au triage des lettres, continue sa distribution, mais en ne lisant plus les adresses. Pendant son inconscience, il jette au hasard les enveloppes dans les casiers. Le même, surpris dans la rue, quand il rentre chez lui, continue à marcher, mais dépasse sa maison sans la reconnaître. »

Nous voyons l'intérêt de ces quelques observations. Il existe un certain degré de conscience, semble-t-il, dans cet automatisme. Les sensations sont perçues, les perceptions subsistent, et la coordination des actes réclame au moins l'intervention de la mémoire et du jugement,* et malgré l'habitude, on ne peut nier une certaine adaptation au monde extérieur.

La conscience existe-t-elle à ce moment ?

Janet nous dit : « Une activité automatique est, pour quelques auteurs, non seulement une activité régulière et rigoureusement déterminée, mais encore une activité purement mécanique et absolument sans conscience. » Est-il bien vrai que l'automatisme et un certain degré de conscience ne puissent coexister ?

Reconnaissons simplement que : « Entre l'automatisme comitial absolument inconscient, amnésique et involontaire et, d'autre part, l'automatisme plus ou moins conscient, psychomoteur et modifiable par la volonté, il peut exister une gamme de transitions insensibles qui peuvent être réalisées dans certaines conditions, presque expérimentalement, par une action médicamenteuse et méthodique. » (Claude et Baruc.)

L'action du gardénal réalise les divers stades que nous connaissons : actes sans conscience plus ou moins coordonnés et amnésiques, ensuite apparition du sentiment et du souvenir, enfin apparition de l'idée, avec intervention plus ou moins tardive de la volonté.

Pendant l'absence atypique, la conservation de la conscience existe comme dans la grande crise; nous avons pu observer de très intéressants phénomènes psychiques. N'est-il pas vraiment curieux de voir un enfant satisfait de ses crises, et (aimant) à voguer dans ses rêves bleus ? Et dans l'observation de Clark, ce désir d'abolir tout contact avec la réalité des choses, ce besoin de vivre dans un monde uniquement subjectif n'est-il pas une preuve de conscience ?

Cette conscience, que l'on peut appeler subjective, est intensifiée pendant que la perception des sujets ou êtres environnants se trouve affaiblie. Nous sommes en présence d'une forme de conscience particulière, accrue à tel point que les descriptions que les malades donnent de leur spectacle intérieur sont merveilleusement précises et que la joie qu'ils en éprouvent s'exprime avec véhémence. Ne touchons-nous pas ici à des manifestations qui semblent se rattacher à l'hystérie, ce à quoi tout le monde penserait sans les affirmations catégoriques de Clark ? L'état heureux de ces malades pourrait donner aux psychologues la joie de faire des recherches sur des satisfactions vraiment subtiles. Dans de pareils cas, les malades aiment leur trouble : ils s'abandonnent aux émotions de leurs rêves au point d'en oublier entièrement le monde extérieur.

Peut-être serait-il utile de faire quelques réserves sur les observations de Clark, en particulier sur celle de la jeune fille qui jouit avec tant de conviction de ses crises singulières ? Elle nous oblige à nous rappeler que pour être épileptique on n'est pas moins autorisé à avoir d'autres troubles névropathiques : l'hystérie est la compagne bienveillante des affections mentales et des maladies cérébrales.

Cette jouissance morbide est rare. Le contraire est plus

fréquent. Nous relevons, souvent, au cours des absences, des rêves monstrueux et qui laissent des souvenirs atrocement pénibles, l'impression douloureuse de tête vide, de « trou noir », de pensée absente, d'angoisse.

Le cas le plus fréquent est l'état de désorientation dans l'espace et dans le temps. Il existe alors un engourdissement de la pensée qui ne peut servir à aucun acte coordonné. Les malades accomplissent des actes sans signification, non seulement pour eux, mais ils sentent l'inutilité de ces actes, que leur propre volonté est incapable de modifier.

Il existe cependant des cas — et nous en avons rapporté — où, en plus de la conscience, cette volonté est assez forte pour interrompre la crise ou lui donner un autre aspect. Nous voilà loin de l'absence type.

D'autres troubles sont aussi intéressants à considérer. Signalons, en effet — M. Witkowski l'avait déjà fait observer — cette sorte de paralysie généralisée qui empêche le sujet de faire tout mouvement. Hartenberg nous cite un de ses patients enclin à ce genre d'accident : « Il est surpris un jour qu'il était assis sur un quai métropolitain et attendait le prochain train. Sur ces entrefaites, le convoi arrive, et le malade, qui le voit et l'entend arriver, voudrait le prendre. Il se trouve incapable de se lever et de bouger. Le train repart, l'accès passe, et il monte dans le convoi suivant. »

Un autre de ses patients est soudain immobilisé dans l'attitude ou le geste du moment. Où qu'il se trouve debout, assis, ou quoi qu'il fasse, il doit attendre la fin de la paralysie avant de pouvoir se remuer.

Nous citons dans nos observations des faits à peu près analogues.

Les troubles sensoriels sont aussi nombreux et connus : rétrécissement du champ visuel, modification de la taille des objets, etc. Citons un cas de cécité verbale rapporté par Hartenberg.

« La première fois que cet homme s'aperçut du phénomène, il se trouvait sur la plate-forme d'un tramway, et il

constata soudain avec stupéfaction que tout en voyant parfaitement les enseignes des boutiques qui défilaient devant ses yeux, il était incapable de les lire et de les comprendre. Ces accès se reproduisirent ultérieurement un certain nombre de fois, puis firent place avec l'aggravation de la maladie, à des absences totales. »

Il existe aussi des troubles auditifs, des troubles de la sensibilité générale, des troubles de la gustation, des troubles de l'odorat. Toutes ces manifestations, qu'elles aient lieu au début de la maladie, dans l'intervalle des autres accidents, à la fin de la maladie, nombreuses, variées, se rattachent à la crise comitiale paroxystique, et de nouveau nous disons grâce aux observations de Claude et Baruc, que tous les degrés intermédiaires existent en effet.

Mais quelle est leur nature et leur pathogénie ? C'est ce que nous nous proposerons d'étudier dans le chapitre qui suit.

CHAPITRE IV

ESSAI DE PATHOGENIE

Dans la conception généralement admise aujourd'hui, l'épilepsie essentielle ou idiopathique est considérée comme une névrose éminemment convulsive, se traduisant uniquement par de violentes décharges neuro-musculaires, qu'on attribue à une action directe ou indirecte des centres moteurs de l'écorce du cerveau (Hartenberg).

Lemoine nous disait dans sa thèse : « De toutes façons, il paraît évident que les phénomènes convulsifs qui se montrent pendant l'attaque et les troubles paralytiques qui la suivent quelquefois sont le résultat d'une excitation des centres moteurs. On peut penser que la perte de connaissance et des facultés intellectuelles est le résultat soit d'une action analogue sur les centres psychiques, soit de l'inhibition produite sur eux par l'excitation des centres moteurs voisins.

» On sait que dans l'épilepsie partielle, limitée à une partie du corps ou à un membre, la perte de connaissance est exceptionnelle. Deux explications peuvent être données à ce fait :

» 1° La lésion n'intéresse qu'un des hémisphères cérébraux; les centres psychiques de l'autre hémisphère conservent toute leur intégrité et assurent la connaissance;

» 2° Excitation moins forte, et les centres moteurs sont seuls intéressés d'une façon trop faible pour pouvoir inhiber les centres psychiques. »

Joffroy, Féré, ont parlé « d'aptitude convulsivante »; Pier-

ret. « d'état spasmophile »; Maillet, « de terrain convulsivant », ce qui n'explique pas grand'chose. D'autre part, Wallon nous dit : « La crise d'épilepsie est regardée comme étant d'origine corticale. L'excitation, soit expérimentale, soit pathologique, de l'écorce frontale ascendante entraîne les convulsions qui la caractérisent. La région préfrontale est en relations directes avec les différents domaines d'activité nerveuse. Elle est, en effet, le lieu des synthèses les plus totales, les plus complexes, les plus différenciées, celles d'où dépendent les actes d'adaptation supérieure : l'initiative; l'invention mentale, l'intégration au moi des états partiels ou momentanés de la conscience. »

Comment Wallon explique-t-il la conservation de la conscience dans l'épilepsie ?

Il nous répond : « Bien qu'il ait été décrit des accès d'épilepsie consciente, ce sont les fonctions frontales dont l'éclipse est la plus précoce, la plus constante, la plus absolue. Ce sont les premières à disparaître, les dernières à se restaurer. Dès le début de la crise, la perte de connaissance est totale, mais il arrive que seule soit supprimée la conscience frontale, et c'est ainsi que peuvent s'expliquer les états seconds, c'est-à-dire des périodes où une activité de l'apparence la plus complexe peut se développer. » (*La conscience.*)

D'autre part, Pagniez, en donnant un rapport de l'état actuel des recherches sur l'épilepsie, reconnaît dans la pathogénie de ces crises deux facteurs, l'un nerveux, l'autre humoral; et il insiste sur ce facteur humoral.

Or, Hartenberg, lui, parle d'inhibition dans l'épilepsie. C'est le père de cette théorie. « A l'inverse de l'opinion classique, le trouble cérébral, dont les symptômes comitiaux sont les manifestations extérieures, devrait être considéré non pas comme une irritation ou excitation des centres corticaux, mais, au contraire, comme un arrêt d'activité, une inhibition de ces centres.

Il prend pour accident typique l'absence, c'est-à-dire « la suspension des fonctions sensorio-motrices et psychiques, ac-

compagnée de l'abolition de la conscience et de la mémoire. Elle correspond à une pause physiologique cérébrale ». Les accidents convulsifs musculaires secondaires seraient provoqués « par l'arrêt brusque de l'action freinatrice du cortex sur les noyaux sous-corticaux ». Les automatismes moteurs inférieurs se trouveraient alors déclenchés.

Et Hartenberg nous donne comme arguments à sa thèse :

- 1° l'absence et le vertige ne contiennent aucun élément moteur;
- 2° les troubles par inhibition (absences, vertiges) occupent une place beaucoup plus importante que les convulsions proprement dites;
- 3° les manifestations d'inhibition (abolition de la mémoire, de la conscience, du tonus, de l'équilibre) précèdent les décharges motrices généralisées.

Et ici, nous lui demandons quelle explication il donne aux manifestations comitiales, convulsives ou non, mais avec conservation de la conscience. Et ses travaux nous répondent qu'il existe un degré d'inhibition moindre, dans lequel les fonctions psychiques dites supérieures, que nous voyons presque toujours annihilées, ne sont pas tout à fait abolies, quoique altérées et diminuées.

Au premier degré c'est l'absence avec conservation de certains automatismes. Nous en avons parlé.

Au deuxième degré, le malade perçoit ce qui l'entoure, conserve la notion de son moi.

A un troisième degré plus léger d'inhibition, il n'existe qu'un peu d'obnubilation mentale, qui peut persister en donnant à l'épilepsie un caractère particulier.

Qu'est-ce qui produirait l'inhibition des centres supérieurs dont parle Hartenberg ? La lésion cérébrale, « le plus souvent cicatricielle, se comportant à la manière d'un corps étranger, comme une esquille ou un projectile, entraînant autour d'elle, dans les éléments nerveux voisins, une irritation continue.

Sous l'influence de ces facteurs multiples (humoraux, toxiques, endocriniens, circulatoires, émotifs), que j'ai étudiés sous le nom de conditions favorisantes, cette irritation augmente et, franchissant un seuil critique de déclenchement, fait jaillir dans le cerveau une décharge d'excitations ».

Cette décharge d'excitations, issue de la lésion, détermine une vaso-constriction intense et brusque, ayant pour effet la suspension partielle directe plus ou moins intense du cortex.

La décharge d'excitations constituant un véritable traumatisme intracérébral, détermine secondairement, par le mécanisme d'inhibition, une paralysie des éléments nerveux.

Pour justifier l'exactitude de sa doctrine, Hartenberg nous apporte une confirmation expérimentale. Nous la livrons comme on nous l'a donnée.

Elle fut réalisée au moyen de la strychnine. Ce remède devrait exciter par excellence les cellules motrices, mais s'il existe un déficit de l'activité nerveuse, les symptômes devraient être améliorés au contraire par la strychnine, qui a une action tonifiante. Or, que se passe-t-il ? Non seulement la strychnine n'a pas augmenté les accidents, mais elle les a notablement diminués. « Sur 6 malades que j'ai soumis à son action, ingérée par la bouche, à doses progressives, suivant ma méthode, la diminution des accidents a été la plus nette. L'un d'eux, par exemple, frappé régulièrement d'une crise par semaine, est resté plus d'un mois sans en avoir dès qu'il a commencé à prendre de la strychnine. »

Un autre, chez qui les crises survenaient tous les vingt jours, en est demeuré affranchi pendant trois mois, etc.

Les malades disaient ne s'être jamais si bien portés que pendant cette période de strychnisation intensive. Leur mémoire était meilleure, leur conscience plus claire, leur intelligence plus lucide....

Alors, pourquoi ne traite-t-on pas l'épilepsie par la strychnine ? « Hélas ! cette action de la strychnine est si nette, dit Hartenberg, que j'avais cru un moment y trouver une ressource thérapeutique. Malheureusement, il semble que l'effica-

cité du traitement s'use rapidement, car on voit de nouveau les accidents se répéter. »

A l'opinion de Lemoine, que nous avons exposée, sur la généralisation des accidents pendant la crise, Hartenberg répond :

« Je ne prétends pas davantage qu'une irritation directe d'écorce pathologique, expérimentale, ne puisse déterminer des convulsions, mais ces convulsions ainsi produites seront des convulsions cloniques, des secousses musculaires, sans perte de connaissance, selon le type jacksonien. Il est vrai que ces accès partiels peuvent se transformer en crises complètes et généralisées, avec perte de connaissance. Mais alors, précisément, j'estime qu'est intervenu comme précédemment le mécanisme intermédiaire de l'inhibition corticale, qu'entre l'excitation et la décharge s'est interposée la phase d'abolition fonctionnelle du cerveau supérieur, et c'est justement l'introduction de ce nouveau facteur qui transforme la crise partielle en crise complète. »

Quelles que soient les causes lointaines ou immédiates de cette inhibition, il est certain qu'elle nous apparaît, par ses effets cliniques, sujette aux plus nombreuses variations. Ici, si l'on s'en rapporte à nos observations, ce sont les phénomènes moteurs qui dominent, le malade assistant en pleine conscience à ses propres convulsions; là les phénomènes moteurs étant réduits au minimum, la crise permet le développement de phénomènes affectifs douloureux ou agréables, parfois de rêves stéréotypés, se produisant constamment dans les mêmes conditions ou changeant. Tantôt la crise va frapper les fonctions intellectuelles supérieures, et c'est l'obnubilation à tous ses degrés; tantôt encore il va se produire des dissociations mentales plus curieuses aboutissant à de véritables accès de cécité verbale, à des poussées aiguës d'aphasie totale, qui permettent cependant aux malades d'apprécier ce qui se passe autour d'eux, de comprendre les gestes, sinon les paroles qu'on leur dit, et de garder un souvenir des événements pénibles qu'ils viennent de traverser.

Si le cerveau joue quelque rôle dans le développement des sentiments, dans le jeu de la pensée, dans la sensibilité et le mouvement, l'altération séparée de ces différents facteurs doit impliquer forcément des localisations très variées des phénomènes d'inhibition auxquels nous sommes invités à croire. Nous regrettons de ne pouvoir apporter plus de précision. Notre souci de vérité nous oblige à cette prudence.

CHAPITRE V

UN MOT A PROPOS DU DIAGNOSTIC

Tant que l'on comptait sur la constatation d'une perte absolue de connaissance pour faire le diagnostic d'épilepsie, il semblait que l'on pût se trouver en présence d'une crise arrivée à la certitude. Dès le moment où la perte de connaissance n'est plus considérée comme un signe absolument nécessaire, sur quoi faudra-t-il fonder notre conviction ?

Soyons francs. Dans l'immense majorité des cas, la question ne saurait avoir un caractère particulièrement utilitaire. La raison en est simple. Que l'on compulse nos observations, il n'est pas un de nos malades qui n'ait eu à plusieurs reprises, pendant des mois et parfois des années, des crises évoluant selon le mode classique parmi les symptômes, que dominait la perte de connaissance. La notion des événements passés, des épisodes convulsifs délirants ou même des équivalents purement psychiques d'impulsion, nous aidera toujours à nous méfier des crises dont on nous dira qu'elles ne sont pas accompagnées de perte de connaissance, quelle que soit d'ailleurs la nature du symptôme dominant.

S'il fallait pourtant faire un diagnostic rapide en présence d'une crise analogue, telle que nous l'avons décrite, quels seraient alors nos éléments d'appréciation ? Il semble que sur ce point particulier les auteurs n'aient peut-être pas suffisamment insisté. En nous rappelant moins ce que nous avons lu que ce que nous avons constaté, il est un fait que l'on doit placer au premier rang : nous voulons parler de l'aspect du malade, de son visage, dès le début des premières manifestations comitiales. « Il est pâle », nous dit-on, ajoutons que

souvent il prend tout à coup une coloration bistrée, que les joues se creusent, que le regard prend une expression d'effroi et de stupeur, que les pupilles se dilatent au maximum, et que ces différents signes donnent immédiatement au médecin l'impression qu'il se trouve en face d'un grand malade, impression que corroborent les secousses qui animent si souvent son visage, ces bruyants mouvements de déglutition, ces mouvements automatiques de la langue et des lèvres, qui aboutissent à l'expulsion, le long des commissures, d'une salive spumeuse.

Combien cet aspect est différent de celui de l'hystérique qui s'efforce de donner un spectacle identique, de celui du simulateur qui tente de donner le change. Nous avons vu dans le service de M. Perrens une jeune malade bien curieuse à cet égard. Épileptique, elle l'est à coup sûr, mais vivant parmi des malades épileptiques comme elle, voyant par conséquent chaque jour toutes les formes de crises, disposée d'ailleurs qu'elle est à attirer l'attention sur elle, elle se prend de temps en temps à simuler au moment de la visite et ne répugne pas non plus à déclencher une crise sur commande à la première sommation. Or, malgré son mal comitial sincère, malgré ses exemples de dispositions mythoplastiques, elle n'arrive point à tromper son monde. Dans la première partie de la crise, son visage n'a pas la pâleur diffuse que l'on doit rencontrer et il ne se recouvre pas non plus du masque tragique, ses pupilles ne se dilatent pas.

Mais d'autres signes importent : l'obnubilation intellectuelle sans aucun doute, dont on arrive à apprécier le degré. Et aussi les gestes, les attitudes des malades, qui, notons-le une fois pour toutes, rappellent à s'y méprendre ou ceux que l'on rencontre au commencement des crises ordinaires, avant la chute ou la perte de connaissance, ou ceux que l'on aperçoit lorsque le malade sort de son sommeil stertoreux et qui, ouvrant les yeux au monde réel — qu'il distingue d'ailleurs assez mal, — accomplit automatiquement ses gestes habituels : il promène sa main sur son front, il trace dans l'espace des

signes incompréhensibles, il lacère ses vêtements ou se promène dans la salle, sans but, sans direction.

Il se conduit, en somme, au cours de ses crises où son inconscience n'est pas absolue comme il le fait dans les crises plus graves au moment où il est parvenu au même degré d'obnubilation intellectuelle.

Ces notions sont intéressantes au point de vue médico-légal sans aucun doute, mais on nous permettra de ne point insister là-dessus. Au point de vue médical tout court, elles le sont peut-être davantage. Lorsqu'un épileptique est en voie d'amélioration, ses crises s'espacent et chacune d'elles devient moins intense et moins durable. Suivons nos malades attentivement quand ils sont arrivés à cette période, interrogeons-les sur les faits dont ils gardent le souvenir, sur les impressions, même très vagues, qu'ils perçoivent pendant leurs crises; si nous voyons apparaître une atténuation du phénomène le plus grave : la perte de connaissance, réjouissons-nous, la partie n'est peut-être pas gagnée encore, mais nous savons que nous sommes sur la bonne voie. Continuons le traitement. Que le bromure, le gardénal, soient encore méthodiquement conseillés, que le malade continue à observer son régime, à surveiller son tube digestif, que les médications spécifiques soient poursuivies sans défaillance si on a cru devoir les instituer. Le symptôme le plus grave s'atténue. C'est un encouragement pour nous et pour le malade à persévérer.

CONCLUSIONS

1° Pendant plusieurs siècles, la perte de connaissance absolue a été considérée comme un signe essentiel des crises comitiales.

2° Vers la moitié du xix^e siècle, quelques auteurs ont remarqué que ce signe n'était pas absolument constant, et dans ces dernières années de nombreux médecins, confirmant les observations de leurs devanciers, apportèrent des documents assez abondants sur la question.

3° Nous avons résumé en un chapitre clinique la plupart des observations déjà publiées sur les crises d'épilepsie sans perte de connaissance et nous en avons ajouté de nouvelles.

4° L'intérêt de nos documents cliniques réside dans le caractère indubitablement épileptique de certaines crises où manque cependant la perte de connaissance; dans les modalités que peuvent prendre alors les manifestations comitiales sous les yeux du malade qui en perçoit le développement; dans les dissociations si étranges que l'on distingue parmi les fonctions de l'intelligence, de la sensibilité, de la vie affective et du mouvement, plus que dans les interprétations pathogéniques qu'on en pourrait donner.

VU .

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

MAURIAC.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 7 mars 1932,

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ATENFELD et HUCHARD. — *Traité des nécroses*, p. 717.
- AUDENINO. — La conscience dans l'accès d'épilepsie. VI^e Congrès d'anthropologie criminelle. *Arch. de Psych., Neur., Anthropol. crim.*, 1906, t. XXVIII, fasc. 6, 760.
- AUSSOLEIL. — *Quelques observations d'épilepsie larvée*. Thèse Montpellier, 1889-1890.
- BALL. — Notes sur un cas d'épilepsie avec conscience. *Encéphale*, 1886, p. 429.
- Accidents épileptiques avec conscience. *Soc. méd. psych.*, 25 juin 1888.
- BANNISTER. — L'état de conscience dans l'attaque épileptique et dans ses équivalents. *Amer. Journ. of insan.*, janv. 1897.
- BÈS DE BERC. — *Etude sur l'épilepsie*. Thèse Montpellier, 1871.
- BENON. — Crises épileptiques atypiques. *Gaz. des hôpitaux*. Paris, 1911.
- BERGÈS. — *Les troubles psychiques dans l'épilepsie*. Thèse Toulouse, 1909-1910.
- BÉRIEL. — Clinique de l'hôpital Saint-Pothin. *Eléments de psychiatrie*, 1929, p. 187.
- BOMBARDA. — La conscience dans les crises épileptiques. *Rev. neurol.*, déc. 1894.
- BOURDIN. — De l'impulsion. Sa définition, etc. *Ann. méd. psych.*, t. I, 1896.
- CLARK. — Un cas de conservation de la conscience pendant un accès d'épilepsie. *The alien. and neurol.*, juill. 1920.
- Sur la nécessité d'étudier de près l'épilepsie. *The New-York med. Journ.*, 18 sept. 1897.
- Conscience pendant l'attaque d'épilepsie. *Boston med. and surg. Journ.*, 27 oct. 1921, p. 454.
- Conscious epilepsy. *Amer. Journ. Insan.*, oct. 1909.

- CHRISTIAN. — Epilepsie, folie épileptique. *Compte rendu du Congrès de méd. neur. de Paris*, 1878.
- CHARCOT. — *Leçons du Mardi*, 1888-89.
- CROUZON (O.). — *Le syndrome épileptique*, 1929.
- CLAUDE et BARUK. — Sur quelques formes dégradées de l'épilepsie. *Encéphale*, janv. 1931, n° 1.
- CLERAMBAULT (O.). — *Société clinique de méd. ment.*, 17 janv. 1921.
- DELASIAUNE. — *Traité de l'épilepsie*, 1854.
- DUCOSTE. — *Annales médico-psychologiques*, juillet-août 1920.
- *De l'épilepsie consciente et mnésique et en particulier d'un de ses équivalents psychiques; le suicide impulsif conscient*. Thèse, 1898-1899.
- FÉRÉ. — *Les épilepsies et les épileptiques*, p. 140.
- FOVILLE. — Physiologie pathologique des convulsions. *Ann. méd. psych.*, 5^e série, t. I, 1869, p. 60.
- FRENKEL (Henri). — *Etude psycho-pathologique sur l'automatisme dans l'épilepsie et dans les autres maladies nerveuses*. Thèse Lyon, 1889-1890.
- GALVAING. — *Contribution à l'étude de la conscience et de la mémoire dans l'épilepsie*. Thèse Toulouse, 1910-1911.
- GOWERS. — *Traité de l'épilepsie* (traduit en français par Carrier).
- HARTENBERG. — Une conception nouvelle de l'épilepsie. *Presse méd.*, 8 nov. 1919.
- Les accidents épileptiques par inhibitions cérébrales incomplètes ou partielles. *Presse méd.*, 23 déc. 1922 et 15 mai 1926, et *Encéphale*, janv. 1931.
- HAZARD. — *Saint Louis Med. Record*, p. 131, 1880.
- HERPIN. — *Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie*, 1852.
- HUGUES. — Notes cliniques sur la conservation de l'intelligence dans l'épilepsie. *The alien. and neurol.*, 1881.
- INGELS. — Cas d'épilepsie remarquable par la conservation de l'intelligence et de la sensibilité pendant les accès. *Bull. de la Soc. de méd. de Gand*, 1860, p. 336.
- JOSAT. — Recherche historique sur l'épilepsie, 1856.
- JOFFROY. — *Soc. méd. psych.*, 28 mai 1894.
- LEGRAND DU SAULLE. — *Etude médico-légale sur les épileptiques*, Paris, 1877.

- LEIDESDORF. — *Psychiatrische Studien aus der Klinik*. Vienne, 1877.
- LEMOINE. — *Bull. de méd. mentale de Belgique*, 1893.
- LEMOINE et Th. HENNOCQ. — *De l'épilepsie avec conscience*. Lille, 1894.
- LIVET (L.). — Brûlures graves de la face survenues au cours d'une crise d'épilepsie consciente et mnésique. *Soc. de psych.*, 20 oct. 1921.
- MARCHAND. — Épilepsie caractérisée uniquement par des absences très fréquentes. *Soc. clin. de méd. mentale*, 19 nov. 1923, p. 250.
- *Presse méd.*, 2 avril 1914.
- Thèse Paris, 1898.
- Les accès épileptiques atypiques. *Rev. de psych.*, 1910, p. 133.
- Des accès épileptiques avec conservation de la conscience. *Presse méd.*, 2 avril 1924.
- MAUDSLEY. — *Le crime et la folie*.
- MARCHAND et PETIT (G.). — Crise consciente et mnésique d'épilepsie convulsive. *Soc. clinique de méd. mentale*, 18 nov. 1912.
- MARTIMOR (E.). — Conscience partielle et amnésie retardée dans les absences épileptiques. *Ann. méd. psych.*, déc. 1921, p. 439.
- MATHIEU (Joseph). — *Contribution à l'étude du vertige et en particulier du vertige épileptique*. Thèse Paris, 1900-1901.
- MAXWELL (Joseph). — *L'amnésie et les troubles de la conscience dans l'épilepsie*. Thèse Bordeaux, 1902-1903.
- MARCHAND (L.) et OLIVIER. — Un cas d'état de mal épileptique avec conservation de la conscience. *Ann. méd. du Centre*, 5 août 1906.
- NAGEOTTE. — A propos de l'épilepsie chez les enfants. *Soc. de péd.*, 16 janv. 1907.
- NANCRÈDE. — *Annals of surgery*, 1896.
- PAGNEZ. — *De l'épilepsie*, 1929.
- PICARD (Jean). — *Des actes automatiques de nature comitiale; essai d'interprétation*. Thèse Paris, 1927.
- RIMBAUD. — *Journ. méd. français*, 15 avril 1912.

ROSENTHAL. — *Traité de l'épilepsie*, p. 531.

RUSSEL-REYNOLDS. — *System of Medicine*, p. 303.

SÉGLAS. — *Considérations cliniques et médico-légales sur l'amnésie rétrograde dans l'épilepsie*. Mai 1897. *Ann. d'hyg. pub. et de Méd. lég.*

TAMBURINI. — L'amnesia non e carattere costante d'epilepsia larvata. *In rivista sperim. di Frenatria*. 1878.

TROUSSEAU. — Clinique de l'Hôtel-Dieu. *De l'épilepsie*, V, III.

USSE et LIVET. — Crises anarthriques conscientes et mnésiques d'épilepsie convulsive. *Soc. clinique de méd. mentale*, 17 févr. 1913, p. 74.

WALLON. — *Soc. de psych.*, 1925.

WITKOWSKI. — Sur quelques phénomènes d'état épileptique et comateux. *Neurol. Centr.*, 1884, n° 3.

